

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Otorrinolaringología



TESIS DOCTORAL

La laringografía y sus indicaciones en los tumores laríngeos

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Inocencio Gámez Alguacil

Madrid, 2015

Inocencio Gámez Alguacil

TP
1981
118



* 5 3 0 9 8 5 5 9 2 0 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

53-594898-0

LA LARINGOGRAFIA Y SUS INDICACIONES EN LOS TUMORES LARINGEOS

Departamento de Otorrinolaringología
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
1981



BIBLIOTECA

© Inocencio Gámez Alguacil
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1981
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-15917-1981

Autor: INOCENCIO GAMEZ ALGUACIL

LA LARINGOGRAFIA Y SUS INDICACIONES

EN LOS TUMORES LARINGEOS

Nombre del Director: Prof. Dn. ROSENDO POCH-VINALS.
CATEDRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

Sección OTORRINOLARINGOLOGIA

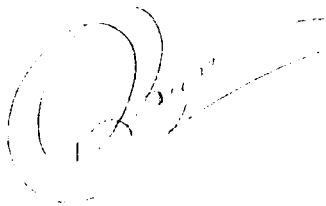
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

Año 1.980

D.ROSENDO POCH-VIÑALS.CATEDRATICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID.

CERTIFICA: Que el trabajo titulado "La Laringografía y sus indicaciones en los tumores laringeos, ha sido realizado bajo mi dirección por D.INOCENCIO GAMEZ ALGUACIL, como trabajo de TESIS para la obtención del Grado de Doctor en Medicina de la Universidad Complutense.

Y para que conste, expido el presente en Madrid, a 5 de Mayo de 1980.



II

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
FACULTAD DE MEDICINA

"LA LARINGOGRAFIA Y SUS INDICACIONES EN LOS TUMORES LARINGEOS".

Trabajo para Optar al Grado de
Doctor.

Dirigido por el Prof. Dr. -
D. ROSENDO POCH-VIÑALS

INOCENCIO GAMEZ ALGUACIL

III

Mi más profundo y sincero agradecimiento:

Al Prof. D. Rosendo Poch-Viñals, director de esta tesis, en cuyo Servicio he tenido el honor de formarme como especialista en Otorrinolaringología, en la Escuela Profesional de la Facultad de Medicina de Madrid que el dirige, beneficiando me plenamente de sus enseñanzas clínicas y quirúrgicas, así como de su gran cultura médica puesta al servicio de la Humanidad.

Al Dr. Pedrosa, jefe del Departamenteo de Radiología del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, y a todo su Servicio, sin cuya colaboración hubiera sido muy difícil la realización de este trabajo.

Resumen de Tesis Doctoral

LA LARINGOGRAFIA Y SUS INDICACIONES EN
LOS TUMORES LARINGEOS
=====

por el Dr. Inocencio GAMEZ ALGUACIL

Con esta tesis se ha pretendido valorar la utilidad de la exploración laríngea con la técnica exploratoria laringográfica.

Para realizar el trabajo de esta tesis, se han estudiado 50 pacientes con afecciones tumorales de la región laríngea, practicando en todos ellos un estudio radiológico consistente en radiografía lateral, tomografías y laringografías, y contrastando la pieza operatoria con el estudio radiológico. Con ello hemos podido comparar las lesiones que muestran cada una de las exploraciones, y poner de manifiesto la utilidad de la laringografía en la práctica médica diaria.

Se hace un resumen histórico del avance del estudio radiográfico de la laringe, así como de los productos utilizados como contraste para poner mejor de relieve las diferentes estructuras de la laringe, así como de la inocuidad del producto de contraste utilizado en el paciente, el "Dioetil acuoso".

La laringografía es por tanto el tapizamiento de la mucosa laríngea e hipofaríngea, por el contraste, permitiéndonos obtener los siguientes datos :

- a) localización del tumor
- b) tamaño del tumor
- c) delimitación del tumor
- d) invasión de estructuras vecinas
- e) poder observar la movilidad de la laringe
- f) controlar la evolución de las neoplasias
- g) nos señala las recidivas

También nos puede servir para la elección del tratamiento :

- 1) Radioterapia
- 2) Cirugía
- 3) Asociación Radioterapia - cirugía

Se mencionan las contraindicaciones de la laringografía, y, aunque estas son mínimas, hay que citarlas :

- 1) Si hay historia de alergia medicamentosa al yodo
- 2) Si hay alergia a la anestesia tópica
- 3) En el asma (por el uso de la atropina)
- 4) En el glaucoma (por el uso de la atropina)
- 5) Si hay insuficiencia respiratoria, tuberculosis pulmonar o hemoptisis reciente.
- 6) Si hay disnea laríngea intensa, pues nos puede provocar un aumento de la disnea, y la necesidad de realizar una traqueotomía.

Con este estudio, se ha puesto de manifiesto la gran utilidad que la exploración laringográfica tiene en la práctica médica habitual, siendo un gran complemento de los estudios radiológicos normales. Esta exploración, además, nos permite detectar y concretar pequeñas alteraciones que pueden pasar desapercibidas con los otros medios exploratorios.

I N D I C E

| | Pág. n° |
|---|---------|
| PROLOGO | V |
| MATERIAL Y METODOS | 1 |
| RESUMEN DE HISTORIAS CLINICAS | 25 |
| RESULTADOS | 282 |
| DISCUSION | 286 |
| CONCLUSIONES | 292 |
| BIBLIOGRAFIA | 295 |

v

P R O L O G O

VI

P R O L O G O

Por la presente hemos tratado de poner a punto y comprobar la utilidad de la laringografía (estudio de la laringe con contraste) en nuestro trabajo clínico y quirúrgico diario, escogiendo el gran material de pacientes de Clínica Universitaria del Profesor D. Rosendo Poch-Viñals, de tal manera que la imagen radiográfica ha podido ser contrastada con la pieza operatoria en gran número de casos.

Todas las exploraciones laringeas pretenden situar topográficamente a los procesos tumorales, pero a veces son insuficientes, puesto que al operar a los pacientes, podemos apreciar muchas veces la mayor extensión de la lesión, por lo que toda metódica de exploración puede ser insuficiente, ya que todas las exploraciones tienen sus límites.

Desde que se inicia la radiología en la práctica médica, la región faringolaríngea es objeto de numerosos trabajos.

En el año 1896, Kiskmann, Scheider y Mac Intybe, aportan los primeros trabajos sobre la región, al estudiar en el cadáver el cartilago tiroides.

En el año 1918, Jackson notifica que verifica la opacificación del árbol bronquial por la introducción de un contraste, el bismuto.

En 1936 Leborgne aplica la tomografía al estudio laringeo.

En 1937, Masy y Van de Calceyde usan como contraste el bario. También en este mismo año Hicquet y Scherer, utilizan otro medio de contraste el "Lipiodol", el cual resulta ser muy molesto por poseer una gran rapidez de evacuación, esto los lleva a tener que practicar una película con este preparado y un examen de bario, comparando ambos resultados.

VII

En 1941, Smercnich opina que se debe realizar un desplazamiento de la laringe lateralmente.

En 1942 Farinas trabaja con el lipiodol y obtiene muy buenos resultados faringo-laringológicos. No obstante estos medios de contraste no pasan al uso corriente, pues tienen un paso muy rápido al igual que su evacuación.

En 1954 surge un nuevo contraste el "Diostril acuoso" que se presenta en forma de suspensión acuosa. Su eliminación del cuerpo es completa en el periodo de unos días.

El Diostril es el ester n-propilico de 3:5-diiodo-4-piridon-N-acido acético en suspensión acuosa al 50%, con la ayuda de carboximetil celulosa sódica. La suspensión contiene 50% - p/v del ester. El contenido de yodo de la preparación es alrededor del 30% , y se encuentra en combinación orgánica fija, de forma que su actividad farmacológica queda suprimida, no existiendo liberación de yodo libre o yoduro inorgánico.

El éster n- propilico posee una baja solubilidad en agua y su presentación como suspensión tiene marcadas ventajas, pues así nos proporciona una opacidad equivalente de un preparado - que es isotónico con cuerpos fluidos, de forma que no causa alteración osmótica.

El éster se absorbe despacio quedando sombras bien definidas durante 30 minutos por lo menos, que facilita tiempo suficiente para exponer las placas.

Es un producto muy bien tolerado por los tejidos.

Este contraste nos va a permitir el avance de la técnica laringografica y, así utilizado por Brombart y Schuermans, obtienen muy buenos resultados y para ello previamente anestesian toda la zona.

En 1957, Powers, Mac Gee y Seamann, lo introducen en los Estados Unidos, dando al método laringográfico una gran difusión y apareciendo nuevos productos de contraste, pero los métodos técnicos son los mismos.

VIII

En 1960, Baclesse presenta el uso de un modulador electrónico ideado por Craigh y que permite aumentar los contrastes y facilitar las lecturas radiológicas.

En 1962, Landmann y Penne hacen públicos trabajos sobre el cine laringografico.

En 1963, Bandey-Pasquier y Fischgold utilizan la técnica ideada por Zeiss des Plantes, el cual combina la radiografía lateral y las tomografías anteriores, obteniéndose por este procedimiento muy buenos resultados, pero nos surge un problema y es el no saber como se encuentra el estado funcional de la región faringo-laríngea.

En 1963, Powers y Holtz nos pone de manifiesto el gran interés de la fonación y de la inspiración para la laringografía, demostrando la presencia de los ventriculos laríngeos.

En 1964, Lehman y Flecher empiezan a usar esta técnica de la laringografía como un medio de exploración normal.

El examen radiológico debe ofrecernos de una manera ideal las diversas partes de una arquitectura completa y permitir descubrir facilmente todas las alteraciones, por mínimas que estas sean, y así poder clasificar dichas lesiones dentro de la nomenclatura TNM, que es la siguiente con arreglo solo al tumor:

- T₁. Tumor limitado a una región y que no motiva transtornos en la movilidad.
- T₂. Cuando esta limitado a una región con afectación de los movimientos, o ausencia de la afectación de la movilidad, pero entonces afecta a dos regiones y que puede ser con o sin límites de la movilidad.
- T₃. Cuando estan afectadas más de dos regiones o estan invadidos los cartilagos hioideos o cricoides.
- T₄. Cuando la lesión rebasa al órgano e invade hipofarínge y larínge.

También el examen radiológico tiene que ser facilmente in

IX

tegrado en los planes de investigación diagnóstica convencional y que no origine inconvenientes perjudiciales para el enfermo.

De la misma manera ha de servir para llevar a cabo la vigilancia después del tratamiento del proceso. Este examen nos tiene que aportar las informaciones suficientes para precisar la impresión clínica o poder discutir una nueva terapéutica.

La Laringografía es un método radiológico para el estudio exploración y descubrimiento de las alteraciones que se pueden producir en la hipofaringe y laringe. Consiste en verificar un embadurnamiento de las mucosas intralaringeas y extralaringeas, mediante una sustancia opaca a los Rayos X, por lo que conociendo las estructuras normales de dichas regiones, podremos de tectar cualquier anomalía patológica que exista por pequeña que esta sea.

Siendo además un procedimiento que se complementa perfectamente con los otros medios de exploración de dicha región y es además inocua para el paciente que se somete a dicha exploración.

La región faringo-laringea desde el punto de vista radiológico, se puede estudiar por los siguientes procedimientos o métodos:

1. RADIOSCOPIA
2. RADIOGRAFIA LATERAL SIMPLE Y EN VALSALVA
3. RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR
4. TOMOGRAFIA O PLANIGRAFIA O ESTRATIGRAFIA
5. LARINGOGRAFIA
6. T. A. C.

X

1. RADIOSCOPIA LARINGEA

En la exploración normal no se usa casi nunca, pero no obstante nos puede servir para detectar o descubrir las siguientes estructuras:

- a). El contorno de la laringe.
- b). Los cuerpos metálicos o los cuerpos extraños que sean muy densos.
- c). Se puede apreciar los movimientos de la laringe en la locución y en el canto, mostrandose la movilidad de los aritenoides especialmente en el individuo - adulto.
- d). Trastornos en el paso de la papilla opaca, por retención después de su ingestión en zonas úlcera^das, en cuerpos extraños, etc.

2. RADIOGRAFIA LATERAL SIMPLE Y EN VALSALVA DE LA LARINGE

Se verifica con el paciente sentado o en de cubito y con el tubo a 1m. de distancia de la laringe, con el rayo central apuntando al cartilago tiroides. La placa se colocará lateralmente.

En aquellos casos en que puedan existir fracturas de los cartilagos será conveniente comprimir la placa contra el cuello es decir sobre las partes blandas y, se usarán rayos blandos y tiempos cortos de exposición.

Con esta radiografía no se puede aclarar del todo la extensión de cualquier proceso patológico. Hay que tener en cuenta que si la radiografía ha salido dura, lo que se destacará -

XI

claramente son los contornos óseos y las alteraciones que existan en los cartílagos, pero no podremos apreciar los edemas ~~mas~~ ni las alteraciones de las partes blandas, que es lo que en las mayorías de los casos más nos interesa.

Desde el punto de vista anatómico de la región, en esta radiografía hay que apreciar las siguientes estructuras.

- a). Parte libre de epiglotis.
- b). Hueso hioides.
- c). Cavidad faríngea.
- d). Repliegue aritenoides-epiglotico.
- e). Cara posterior de epiglotis.
- f). Vestíbulo laríngeo.
- g). Espacio tirohioides-epiglotico.
- h). Ventrículo de Morgagni.
- i). Zona subglotico.
- j). Cartílago cricoides.
- k). Espacio cricotiroides.

La radiografía lateral se puede hacer también practicando la llamada maniobra de Valsalva o también llamada radiografía en insuflación y, en la cual los repliegues aritenoides-epigloticos se incurvan hacia delante y concavos hacia atrás, lo que lleva consigo un aumento del espacio claro faríngeo.

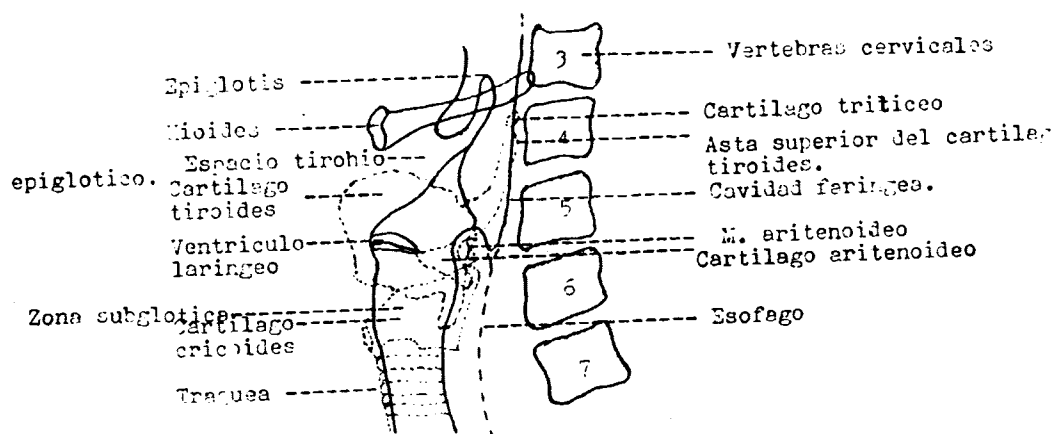
La sombra de la laringe se desplaza hacia adelante, porque se coloca aire a presión entre la columna vertebral cervical y la laringe.

Los ventrículos de Morgagni se hacen visibles.

Comparando las radiografías laterales podemos apreciar en la de insuflación, si hay una elasticidad de los tejidos, así de los repliegues aritenoides-epigloticos, de las paredes de la faringe lo que llamamos la hipofaringe y de los elementos que limitan el ventrículo de Morgagni.

La radiografía lateral se puede hacer también con papilla

XII



Esquema tomado del Berendes. Linea continua: Contornos visibles en la radiografía lateral.

Linea discontinua: porciones apenas reconocibles.

XIII

ópara a los rayos X, pudiéndose entonces estudiar la base de la lengua, las vallecúlas, la hipofaringe, la pared posterior de la faringe y la epiglótis.

3. RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR DE LARINGE

Se debe inclinar la cabeza del paciente hacia atrás con el fin de evitar que se superponga el maxilar inferior y, apuntando el rayo central a la región de la nuca, estando el punto medio de la placa en el borde inferior del cartílago tiroides.

Es una proyección en la que la imagen de la columna vertebral cervical se superpone a la imagen de la laringe y, por lo que ha sido propuesto por algunos autores el verificar un desplazamiento de la laringe lateralmente para poder evitar esta superposición de imágenes, pero ello no es posible en todos los casos y además se alteran las condiciones topográficas y anatómicas de la región.

Algunos autores como Rethi y Waldapfel propusieron impresionar la imagen con una placa introducida en la faringe, y obtuvieron con ello datos muy valiosos, pero los inconvenientes eran muy grandes, pues la exploración es molestísima para el paciente y la parte representada era pequeña, ya que no salían las zonas contiguas a la laringe ni el espacio subglótico, por lo que el método no llegó a generalizarse.

Esta proyección es apropiada para el estudio de:

- a). Las fracturas
- b). Para los desplazamientos de la laringe y tráquea por los procesos expansivos (tumores, inflamaciones etc.).
- c). Cuerpos extraños metálicos.

Dicha proyección radiográfica se puede hacer también con

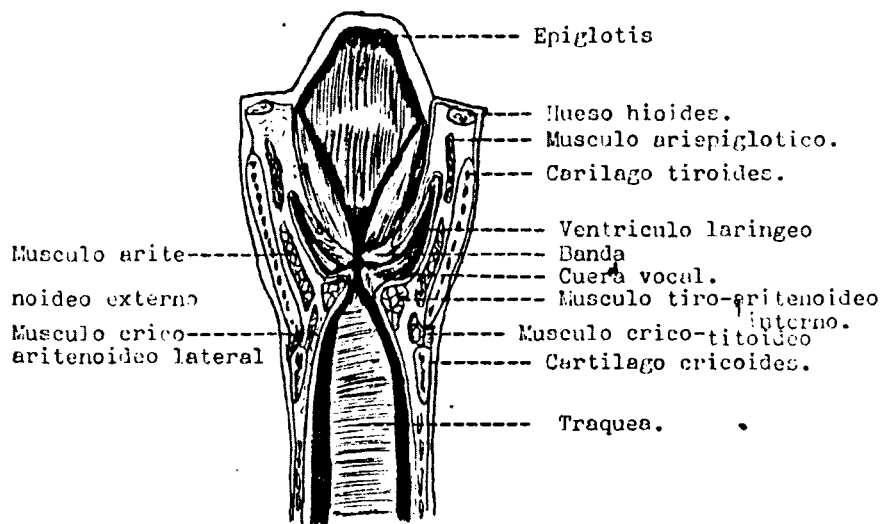
XIV

contraste y nos sirve entonces para el estudio de la hipofarínge, obteniéndose entonces una imagen visual de los senos piriformes simétrica, siempre y cuando estos estén sanos y asimétrica si hay en alguno de ellos alguna lesión.

Por lo tanto podemos considerar que en las radiografías laterales nos muestran los siguientes hechos:

- a). Las modificaciones de la línea de la epiglotis, que nos indica que el espacio tirohioepiglotico está infiltrado.
- b). La existencia de una escotadura en esta línea, es síntoma de lesión.
- c). La presencia de una sombra en la parte anterior del espacio claro intercricotiroideo, es señal de presencia de un tumor, subglótico.
- d). Si hay una desaparición o borradura de la parte alta del borde anterior del cartílago tiroideo es señal de existencia de un tumor de comisura anterior.

XV



Esquema tomado del Justo M. Alonso.

4. TOMOGRAFIA, PLANIGRAFIA O ESTRATIGRAFIA DE LA LARINGE.

Es en el año 1930 cuando aparece la técnica de la tomografía, pero tienen que transcurrir seis años, hasta 1936 en que se aplica a la región faringo-laríngea por Félix-Leborgne, significando con ello un gran avance para el estudio de las alteraciones morfológicas y fisiológicas de la laringe, ya que nos permite conocer la silueta interna de la laringe:

- a). Bandas
- b). Ventrículos
- c). Cuerdas
- d). Subglotis
- e). Parte superior de tráquea
- f). Posición de las alas del cartílago tiroides
- g). Senos piriformes
- h). Espesor de las partes blandas
- i). Distancia del centro del canal aéreo al ala tiroidea de cada lado.

Se convierte por tanto rápidamente en un método de exploración laríngeo extraordinario, pues se realiza rápidamente, es fácil y cómodo para el paciente.

Mittermajer sostiene que los tomogramas se han de hacer sagitalmente de la laringe, para poder llegar a descubrir tumores, inflamaciones etc.

Para hacer el estudio radiológico de las imágenes anormales nos podemos valer de ciertos planos que favorezcan nuestra orientación sobre la localización de los procesos patológicos y que son:

- 1). Plano de las valéculas o plano V, que es el que pasa por debajo de estas.
- 2). Plano de Morgagni o plano M, que pasa por el ventrículo de Morgagni, fácilmente reconocible por su contenido de aire, si no hay aire este plano es visi-

XVII

ble a la altura de la quilla de la pared anterior de la laringe y del suelo de la fosa piriforme o - por encima del anillo de sello del cartílago cricoides.

- 3). El plano de la abertura del esófago o plano E, que es el límite entre la faringe y el esófago, y que - viene dado por la zona en que la columna de aire del espacio subglotico tiene forma de cono y que se expansiona con la luz del calibre uniforme del esófago, o bien donde la mucosa más o menos concentrica se convierte subitamente en luz esofagica de forma circular y sus pliegues mucosos se dirigen hacia a bajo siguiendo la longitud del órgano.

Estos tres planos nos facilitan la localización de las lesiones en las proyecciones, ya que si se ha encontrado una lesión sabremos a que altura hay que buscarla.

Para la tomografía el tubo de rayos X describe un ángulo de 50% alrededor del paciente, el cual está acostado (decubito supino), mientras que la placa se va desplazando al mismo - tiempo y sobre el plano horizontal de la mesa, de tal manera - que el foco del tubo está siempre centrado sobre el mismo plano respecto al objeto y, así se reproduce esta capa mientras - se reduce la claridad de las zonas vecinas

Por lo que la imagen corresponde a una capa, lo cual nos sirve para detectar los trastornos a dicho nivel.

Los tomogramas se hacen a 0'5-3 cm. en dirección dorsal, y a intervalos de 0'5 cm. cada uno, no obstante parece ser que los mejores resultados se obtienen a las profundidades de 1 a 3 cm. por detrás del borde anterior de la laringe (núez de Adán).Cuando se hacen estas placas se emplean 300 miliamperios, 90 kilovoltios y 0'05 sg.de exposición, para las imágenes antero-posteriores y 300 miliamperios, 86 kilovoltios y 0'05 sg. para las - imágenes laterales, que son de menos utilidad que las frontales, por lo que no se suelen usar.

XVIII

Los tomogramas deben tomarse en fonación ya que en inspiración desaparecen los relieves para el diagnóstico.

En fonación el paciente debe emitir las vocales "E" o "U" ya que así la glotis se cierra y se ven claramente las bandas, las cuerdas, los ventrículos se dilatan así como región subglótica, teniendo todo ello una configuración parecida a un reloj de arena, y cuyo revestimiento mucoso nos marca una separación entre las partes blandas y el canal aéreo central interno, que debe ser siempre simétrico.

Con una respiración tranquila, la glotis se ensancha, las cuerdas, los ventrículos y las bandas casi no se aprecian, ensanchándose la columna de aire hacia arriba y pudiendo aparecer los recesos piriformes insuflados a cada lado de la laringe.

En la proyección lateral encontramos la epiglotis oblicuamente hacia atrás formando la pared anterior, los aritenoides - la pared posterior. En el fondo de la laringe se aprecia un receso horizontal estrecho que es el ventrículo de Morgagni y se ven las calcificaciones de los cartílagos laringeos.

Ennuyer nos señala que se puede ver el espesor normal de las partes blandas y que debe ser igual en ambos lados, así como el espacio claro de los senos piriformes también tiene que ser igual, como la distancia del eje del canal aéreo al ala tiroidea de cada lado tiene que ser la misma.

Si se hace el Valsalva al hacer el tomograma, la línea intralaringea no se apreciará bien, pero se observarán mejor los senos piriformes simétricos.

El Profesor Poch-Viñals nos señala que la tomografía frontal será de utilidad para saber como está la región subglótica, ventrículos, bandas ventriculares y estado de los senos piriformes. Diciéndonos menos sobre las lesiones epigloticas, pues - estos cortes frontales dan imágenes parciales y oblicuas de la misma.

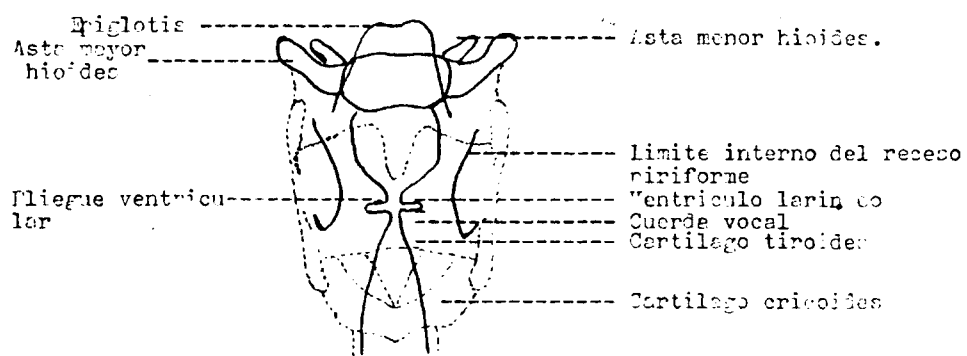
XIX

Con esta técnica se consigue por tanto:

- a). La desaparición total de la sombra de la columna vertebral carvical.
- b). Una mejor localización tumoral intralaringea.
- c). Una buena visión del espacio subglotico
- d). El borramiento de uno de los espacios claros del seno piriforme.

Estos cortes tomograficos frontales, adquieren un relieve especial en el estudio laringografico.

XX



Esquema tomado del Berendes. Línea continua: Contornos visibles en la radiografía.

Línea discontinua: Regiones apenas reconocibles.

- 1 -

M A T E R I A L Y M E T O D O S

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Este trabajo ha sido realizado entre los enfermos pertenecientes al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico San Carlos Cátedra del Profesor Rosendo Poch-Viñals.

Han sido estudiados 50 pacientes, de ellos 49 varones y 1 mujer, sus edades oscilan entre los 27 años el más joven y 73 el de más edad.

Los pacientes han sido estudiados con todo lo dispuesto - en las Historias Clínicas y en el ámbito radiológico se les ha realizado:

Radiografía Lateral de Laringe.

Tomografías frontales.

Laringografías (que es el motivo de este trabajo).

En la técnica Laringografica hay que resaltar de una manera algo ostensible que para obtener una buena radiografia - se necesita una perfecta instrucción previa al enfermo de las maniobras que se van a realizar, pues hay que contar con su - total colaboración.

La Laringografia viene a ser un complemento fundamental para la Radiografia normal, la Laringoscopia indirecta y directa y para la Biopsia.

La exploración o técnica consta de tres tiempos:

- 1.- La Anestesia.
- 2.- La Opacificación.
- 3.- El examen Radiológico.

1.- La Anestesia, comprende a su vez tres tiempos:

- a) No tomar nada de alimentación unas 4 horas antes del examen.
- b) La Premedicación. Lleva consigo la sedación nerviosa y vagolítica del paciente.
Kieffer, administra 10 cg. de gardenal, un comprimido de fenergan, 25 mg. de largactil en inyección intramuscular y media hora antes del examen una inyección intramuscular de Librium.

Algunos autores preconizan el uso de barbituricos una hora antes del examen, entre ellos Powers, - Fletcher y Jing.

En el Servicio del Profesor Poch-Viñals ponemos a los enfermos una media hora antes de llevarlos a la sección de rayos X del Dr. Pedrosa, media ampolla de Fenergan y media ampolla de Atropina, ambas en inyección intramuscular.

La Atropina es usada como vagolítico, pues nos permite hacer una disminución de todas las secreciones mucosas faringo-laringeas ya que es necesaria y satisfactoria para el examen laringografico, ya que así obtenemos un mejor contacto de la aneste-

sia, y del contraste con la mucosa, además nos evita los posibles errores de interpretación debidos a la existencia de las secreciones.

Las dosis de atropina varían de 0,4 mg. a 1 mg. - En el servicio del Profesor Poch-Viñals, ponemos 0,5 mlg.

Quiero hacer resaltar que para la laringografía - es muy importante contar con la colaboración del enfermo, por lo que si está muy sedado, será un perjuicio más que un beneficio.

- c) Anestesia local.- Es un tiempo importantísimo que precisa una buena anestesia de las fauces, hipofaringe y de la laringe, ya que son territorios sumamente reflexógenos, por lo que es necesario suprimir en ellos:

1.- Reflejo de la tos.

2.- El reflejo de cierre de la laringe por la epiglottis.

La mayoría de los autores utilizan preparados derivados de la cocaína y principalmente de la xylocaina en concentraciones que varían de 0,5 al 4%. Así Fletcher y Jing, usan la xylocaina al 4% en hipofaringe e introducen dos algodones embebidos de la misma solución en los senos piriformes y completan la anestesia laríngea con 1 ó 2 c.c. - que se instilan con una cánula curva.

Collard hace practicar al enfermo gargarismos con xylocaina.

Powers practica pincelaciones de la faringe con Pantocaina al 1% y endolaringealmente inyecta 2 c.c. del mismo producto.

En el servicio de Rayos del Dr. Pedrosa se utiliza Anestesia local a base de "Clorhidrato de p-butilaminobenzil-dimetil aminoetanol 0,20 grs." - que puede ser con o sin adrenalina al 1 por 1.000. Con ello se pulveriza las fauces, faringe poste-

rior y los senos piriformes se tocan durante 30 - sg. con una torunda de algodón impregnada en el - anestésico y luego se dan toques o inyectamos dentro de la laringe de 3 a 4 c.c. del mismo preparado, con ello se obtienen muy buenos resultados en cuanto a la tranquilidad del paciente y cierre laríngeo, pudiéndose trabajar tranquilamente.

2.- La Opacificación Faringolaríngea.

Se han usado diferentes productos de contraste con diferentes modalidades de aplicación. Se pueden nombrar como productos de contraste los siguientes:

- a) Lipiodol, que está abandonado.
- b) Productos a base de Bario, que están abandonados.
- c) El Ioduron, que está abandonado.
- d) El Hytrast, que se usa para broncografías.
- e) El Diostril Acuoso, que se usa para broncografías y que es el más usado actualmente.

El Diostril nos proporciona un reparto más homogéneo y se elimina más rápidamente, siendo absorbido por los pulmones y excretado a través de los riñones. Ha sido comprobado en experimentos de animales y humanos que la eliminación de la sustancia del cuerpo se produce en un corto período de tiempo. Es una sustancia no tóxica, pues no tiende a producir yodo libre o forma alguna inorgánica que pudiera causar efectos no deseados. Si se introduce accidentalmente bajo la piel no es irritante, pero sí muy persistente. Es conveniente introducir el material despacio de forma que fluya todo él por igual sobre la superficie deseada.

La eliminación del contraste se realiza en unos dos o tres días, no son probables otros efectos de alguna gravedad, siempre que el contraste se instile despacio y evitando un volumen

excesivo.

La tolerancia y la adherencia del contraste a las mucosas faringo-laringeas son excepcionales.

La aplicación del contraste varia con los diferentes autores, así Collard usa unos 10 c.c., por via oral y hace deflexionar la cabeza y pronunciar al paciente las letras vocales "e" o "i", consiguiendo de esta manera una opacificación progresiva de la hipofaringe y de laringe, pero a veces los resultados no son muy buenos, ya que la opacificación de la laringe es a veces insuficiente.

Otros autores practican la inyección del contraste directamente a nivel de la hipofaringe y de la laringe.

En el Servicio de Rayos X del Dr. Pedrosa del Hospital - Clínico de San Carlos. Facultad de Medicina de Madrid, se practica la siguiente técnica:

Con el paciente de pie en la mesa de examen y con una jeringa curva su canula de Luer-Lock, se deposita el contraste en la base de la lengua y con suaves movimientos de lateralidad de izquierda a derecha y al revés se va distribuyendo el contraste por toda la laringe, en una cantidad que puede oscilar entre 5 c.c. y 10 c.c., del producto llamado "Diostril acuoso", para mejor practicarlo es conveniente que el enfermo tenga una distensión del cuello con la barbilla levantada, - pues se debe superponer la parte inferior del occipital y la mandibula, al mismo tiempo que se debe respirar tranquilamente.

Se debe llevar un control de la opacificación con un intensificador de imagen y televisión, pues esto nos permite dirigir la canula a los lugares que mas contraste necesiten, pudiendo realizarse también el control por medio de la radioscopia clasica.

Otros autores practican para hechar el contraste una la-

ringoscopia indirecta, precisando sino están muy bien entrenados en su práctica la colaboración de un otorrinolaringólogo.

Como medidas preventivas hay que decir al paciente que - procure en lo posible no toser, ni deglutir hasta no haber terminado de hacer todas las proyecciones, pues sino se eliminaría el medio de contraste de la laringe.

3.- El examen Radiológico . Laringográfico.

Hemos de señalar que las radiografías se deberán realizar después de un examen radio-televisivo que nos permita ver si el tapizado faringo-laríngeo es bueno y con ello podremos orientar en las tomas radiográficas.

Se puede aconsejar en realizar las tomas en dos proyecciones, de frente o antero-posterior y lateral, se pueden tomar de pie o sentado el paciente.

Estas proyecciones radiográficas se realizarán en:

- a) Inspiración nasal tranquila con boca cerrada o ligeramente entreabierta, consiguiéndose así la relajación y separación de las cuerdas.
- b) Fonación de vocales "i" "e" "a" con el tono más alto.
- c) Fonación invertida, consiste en fonar la vocal "i" "e" "a" a la vez que se inspira profundamente.
- d) Valsalva, mantener la boca cerrada y contraer los músculos abdominales.
- e) Valsalva modificado, llamado también en "trompeta" consiste en tener los labios cerrados y soplar hacia fuera, con lo cual se hincharán las mejillas.

También se pueden realizar algunas proyecciones en posición oblicuas, lo que nos permitirá poner en evidencia los se-

nos piriformes.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los autores para poder tener todo detalle de los diversos elementos de la estructura faringo-laríngea, practican las tomografías y comparan ambos resultados.

La tomografía nos encubre y nos hace perder ciertos detalles así como valorar de una manera grosera las alteraciones faringo-laríngeas, mientras que la laringografía nos permite utilizar diversas incidencias y leer el examen en siguientes cuadros debido todo ello a su línea opaca, pues toda interrupción de dicha línea tiene un gran interés.

La radiocinematografía, tiene un gran valor en foniatría, pero en cancerología es más limitado, ya que la imagen es mediana por sus pequeñas formas.

Las películas cinematográficas de los movimientos de las cuerdas vocales aparecen en el año 1913, logradas por Chevreton y Flies. En 1938, Farensworth obtiene muy buenas películas e influyen en la investigación sobre la fisiología de las vibraciones de las cuerdas vocales.

Terminadas las radiografías se le dice al enfermo que tosa, con el fin de que elimine la mayor cantidad posible del contraste que hemos depositado en la laringe.

Se le advertirá de que no coma alimentos sólidos ni líquidos, hasta que no transcurran unas tres horas, con el fin de evitar el peligro de aspiración, debido a la anestesia que se le aplico al principio de la exploración.

Resultados normales.

Es preciso señalar en primer lugar al hacer un estudio anatómico de la región faringo-laríngea.

Las cuerdas vocales, bandas ventriculares y ventriculos de Morgagni, no ocupan toda la profundidad de la laringe más solamente sus 2/3 anteriores.

En fonación, en un plano más horizontal y entrando en proyección frontal, encontramos una deformación de sus estructuras que aparecen más gruesas.

A nivel de sus inserciones anteriores las bandas ventriculares y las cuerdas vocales son adyacentes y existe un espacio entre ellas que es la comisura anterior. Ella se continua por arriba con el pie de la epiglotis y por abajo con el espacio subglotico.

En las radiografias se traduce por un contorno liso separado del cartilago tiroides por solamente unos milímetros.

En ocasiones raras puede existir un puente posterior a nivel de los ventriculos de apenas 1 mm., ello no es patológico y corresponde a la inserción anterior del musculo tiroaritenoides que acaso se prolonga más adentro a la cuerda vocal. Siendo los pequeños tumores de esta región difíciles de poner en evidencia y de poderlos clasificar.

Las paredes de los senos piriformes pueden estar asimétricas sin que esto sea una cosa patológica a condición de que sus paredes internas sean simétricas.

Se pueden señalar algunos datos técnicos radiológicos, que hay que tener en cuenta y que son;

1. Hay que obtener el máximo detalle de la laringe y zonas proximas, por lo que hay que usar un foco fino.
2. La distancia foco-placa debe ser de un metro.
3. Se debe usar un diafragma secundario de Lysholm.
4. Las proyecciones serán antero-posteriores y laterales.

5. El regimen de 65 a 92 kv. y MAS, es variable por tanto según el paciente, es decir esta en relación con el espesor del cuello.

6. El tiempo de exposición es de 0,05 sg.

7. El tamaño de la placa será de 18 x 24 en una sola exposición y de 24 x 30 en dos exposiciones.

Imagenes normales.

La laringografia realiza una visualización de todas las estructuras faringo-laríngeas.

Las imagenes normales en sus diferentes exámenes radiológicos son:

A). Proyección antero-posterior.

a). INSPIRACION:

En ella podemos ver la movilidad de la laringe.

Cuando la inspiración la glotis (espacio que queda entre las cuerdas) esta abierta, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales estan separadas, los ventrículos de Morgagni estan colapsados y a veces se pueden ver un poco al pasar una pequeña cantidad del contraste y aparecer una imagen.

Los senos piriformes, vallecultas, pliegues aritenopigloticos y linea postcrioidea estan rellenos y se ven fácilmente.

- 12 -



b) FONACION:

Se puede verificar con letras vocales "i" "e" "a", pronunciandola el enfermo en la expiración.

Puede verse como las cuerdas vocales se aproximan a la línea media llegando a contactar las verdaderas. Esta maniobra es esencial en la exploración del espacio subglótico, que se pone en evidencia al existir una presión positiva intratraqueal.

El vestibulo laríngeo se retrae hacia abajo. A los lados se observa el abombamiento de las bandas ventriculares. Los ventrículos de Morgagni son claramente visibles.

Por todo ello podemos decir que si bien las imágenes obtenidas son semejantes a las obtenidas con las tomografías, sin embargo en los detalles anatómicos tiene prioridad la laringografía.

- 14 -



c) FONACION INVERTIDA

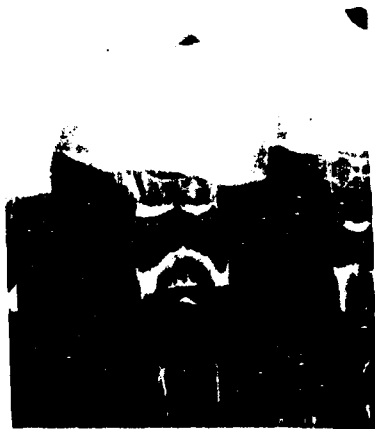
Nos sirve sobre todo para ver lesiones en cuerdas, bandas y ventriculos.

Consiste en pronunciar la letra "i" "e" "a", a la vez que se inspira aire, para ello se le manda al enfermo que expire a fondo y en la inspiración pronunciar suavemente la letra que se elija con un tono agudo, veremos como las cuerdas vocales se aproximan a la linea media.

Los ventriculos de Morgagni se dilatan, por crearse una presión positiva en la región subglotica.

Al existir una diferencia de presión marcada entre la hipofaringe y la región subglotica, se nos produce una distensión del fondo de los senos piriformes, por lo que se visualizan perfectamente.

- 16 -



d) MANIOBRA DE VALSALVA

Con la expiración forzada nos queda bloqueada la glotis, la cual esta cerrada por existir un aumento de la presión subglótica.

En esta maniobra la laringe y la hipofaringe estan contraídas, aproximadas las bandas ventriculares y las cuerdas vocales, poniéndose muy en evidencia el ángulo subglótico que aparece muy marcado, debido a la presión del aire sobre la cara inferior de las cuerdas vocales.

- 18 -



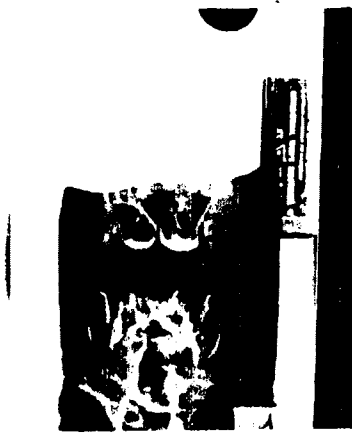
e) VALSALVA MODIFICADO

Nos sirve para ver la distensión de los senos piriformes y de la membrana tirohioidea.

El enfermo tiene las narices tapadas y la boca cerrada, soplando fuerte se le hincharan las mejillas lo mas posible.

Con esta distensión que el aire produce al forzar la abertura glotica, lleva consigo una dilatación considerable de la parte membranosa flexible de los senos piriformes con una - prominencia de la pared lateral de la faringe en el espacio tirohioideo.

- 20 -



B) Proyección Lateral

a) INSPIRACION

Nos sirve para determinar lesiones de epiglotis, cuerdas, comisura anterior y posterior.

La epiglotis se encuentra levantada.

Los senos piriformes y la vallecula estan rellenos pasivamente y estan superpuestos, así como ocultos los aritenoides. Los ventriculos de Morgagni estan representados por una linea opaca horizontal superpuestas en el vestibulo inferior. La comisura anterior es bien visible. La subglotis esta señalada - por una fina linea de contraste.

b) FONACION

Nos sirve para ver lesiones de cuerdas, epiglotis y aritenoides.

Aquí el hueso hioides se eleva y bascula hacia adelante. La epiglotis se verticaliza hacia adelante lo que lleva consigo una modificación del contorno de las valleculas que estan algo ensanchadas.

Los senos piriformes se superponen y se colocan por delante de los pliegues ariteno-epigloticos que estan algo distendidos.

c) FONACION INVERTIDA

Es una proyección que no tiene utilidad alguna, usándose sólo su proyección antero-posterior.

d) VALSALVA

Aquí el hueso hioides desciende hasta casi tocar al cartilago tiroides. La epiglotis bascula hacia atras. Los aritenoides ascienden hacia adelante y el vestibulo se encuentra cerrado. Los ventriculos de Morgagni se manifiestan por una linea densa y que estan separados de la subglotis por una zona de tejido, que es la cuerda vocal.

Así si hay un proceso tumoral del espacio preepiglotico, el hueso hioides no puede descender.

- 23 -



e) VALSALVA MODIFICADO

Nos sirve para ver los espacios de los senos piriformes y la cara laringea de la epiglotis.

La epiglotis se va hacia atras y esta en alto y algo obliqua.

El pie de la epiglotis toma una curvadura con concavidad posterior, en lugar de la ligera convexidad que tiene normalmente. El cartilago de la epiglotis tiene una gran rigidez que no permite modificaciones morfologicas. Los senos piriformes se hinchan al igual que en la pryeción entero-posterior, y se pueden ver los aritenoides.

El vestibulo laringeo hace un angulo de 45° con la traquea y la hipofaringe al distenderse.



- 25 -

RESUMENES DE HISTORIAS CLINICAS

1. TUMORES HIPOFARINGEOS

Aquí hemos de considerar los tumores de:

a) Replique ariepiglotico.

Suelen ser vegetantes o infiltrantes y son de difícil diagnóstico.

Las radiografías normales solo nos mostrarán las formas vegetantes y que sean voluminosas, pero siendo muy difícil determinar el punto donde se inició el proceso. La Laringografía nos limita perfectamente las lesiones vegetantes y el estudio anatómico y funcional de las estructuras próximas como son: aritenoides, cara laringea de epiglotis y seno piriforme.

En los procesos infiltrantes se aprecia las irregularidades de las mucosas y una asimetría de los repliegues.

b) Paredes laterales y fondo del seno piriforme.

Son sobre todo vegetantes o úlcero-infiltrantes.

En las radiografías normales apreciamos el seno piriforme ocupado y puede invadir la hemilaringe, así como la región faríngea posterior y retrocricoidea.

La Laringografía nos pone de manifiesto al tumor perfectamente delimitado. En inspiración fonación se aprecia la movilidad y la función de las cuerdas. Con la maniobra de Valsalva se modifica el seno piriforme al insuflarse si no está afectado.

- 27 -

HISTORIA Nº 24005

NOMBRE: J.G.G. EDAD: 68 años ESTADO: Casado

PROFESION: Jornalero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés

ANTECEDENTES PERSONALES:

. En su juventud chancro luetico

ENFERMEDAD ACTUAL:

Hace tres años presenta crisis de asfixia por una tumora
ción del cuello que precisa hacerle traqueotomía, a partir de
entonces cuadro de disfonía, cada vez más intensa. No disfa-
gía. No otalgias reflejas. Tiene algo de disnea. No fuma.

Características de la lesión por laringoscopia indirec-
ta.

El vestíbulo laríngeo se encuentra abombado en su lado de
recho. Movilidad cordal conservada. Ganglios no palpables. Ra-
diografía lateral de laringe.

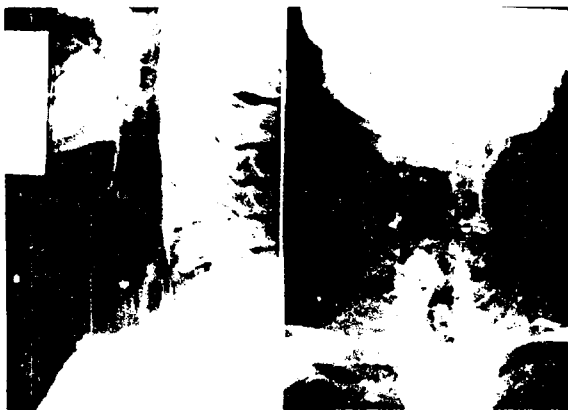
Se aprecia la existencia de una masa de aire.

- 28 -



TOMOGRAFIAS

Presencia de una masa de aire derecha que rechaza al ves
tíbulo laringeo.



LARINGOGRAFIA

Se visualiza la existencia de un gran laringocele ~~ocho~~ que rechaza totalmente el vestíbulo laríngeo hacia la izquierda. El seno piriforme derecho está desplazado.



OPERACION.-

Extirpación del laringoceles.

PIEZA OPERATORIA.-

Formación de aspecto de ovalada de 4 cm. de largo por 2 de ancho, con contenido aéreo.

ANATOMIA PATOLOGICA.-

Epitelio estratificado cilíndrico que asienta sobre un tejido conjuntivo en el que abundan células linfáticas, folículos linfoides, glándulas mucosas ricas en colágeno y vasos.

- 32 -

HISTORIA Nº 24595

NOMBRE: J.S.A. EDAD: 39 años ESTADO: Casado

PROFESION: Chofer de camión

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de amígdalas hace 5 años
Pleuritis hace 19 años

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace seis años molestias en la garganta con sensación de cuerpo extraño y aparición de un bulto en la región - laterocervical izquierda, que cuando se lo aprieta nota que le sale algo por la garganta. Desde hace dos días dificultad respiratoria, disfagia y otalgia izquierda.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Edema de banda izquierda. Laringe desplazada a la derecha. Movilidad cordal conservada. Ganglios no palpables. Radiografía lateral de laringe.

Existencia de una masa de aire a la altura de la laringe.

- 33 -



TOMOGRAFIAS.-

Gran masa en la mitad izquierda de la laringe que desplaza al pliegue arriepiglotico hacia la línea media sobrepasando la. Parece que el receso del seno piriforme está disminuido, la cuerda verdadera y la falsa están rechazadas.



LARINGOGRAFIAS.-

Tumoración de la hemilaringe izquierda que desplaza el re pliegue arlepiglotico izquierdo sin infiltrarlo y así mismo al vestibulo derecho. El seno piriforme no está distendido. Las - bandas y las cuerdas están sanas. En la parte lateral izquier- da existe una zona de aire en partes blandas del cuello.



- 36 -

OPERACION.-

Extirpación del laringoceles

PIEZA OPERATORIA.-

Gran bolsa de aspecto ovoideo de 3 cm. de largo por 2 cm. ancho, con contenido de pus.

ANATOMIA PATOLOGIA.-

Epitelio poliedrico pseudometaplasico y el corion con abundantes infiltrados pericelulares.

2. TUMORES ORO-FARINGEOS

Son los que afectan a:

Base de lengua, vallecúlas, cara lingual de epiglotis, borde libre de epiglotis, surco glosó-faríngeo y repliegue faríngeo-epigloticos.

En las radiografías normales, no se puede apreciar bien las lesiones por estar poco marcadas las estructuras y por estar superpuestas las proyecciones del maxilar inferior y del hueso hioides.

En la Laringografía, se puede apreciar en la base de la lengua una ulceración, una lesión en la cara lingual de la - epiglotis o en el repliegue faríngeo-epiglotico por existir un defecto en la captación del contraste, y podemos poner de manifiesto el límite inferior de los tumores de la pared lateral y del surco glosófaringeo.

- 38 -

HISTORIA Nº 22117

NOMBRE: D.E.G. EDAD: 42 años ESTADO: Soltero

PROFESION: Ajustador

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de neumonia.
Madre fallecida de neoplasia abdominal
Tres hermanos sanos.

ANTECEDENTES PERSONAL:

Tuberculosis pulmonar bilateral en
1963 (dice estar curado).

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos ocho meses dolor en región cervical lado derecho que se le irradia al oído. Disfagia a los alimentos - líquidos. Hace cinco meses hemorragia bucal, le practican biopsia de laringe y le mandan radiar.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-vegetante de base de lengua, epiglotis y repliegue glosopiglotico derecho. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales movibles. Radiografía lateral de laringe.

Existencia de una masa a nivel de epiglotis.

- 39 -



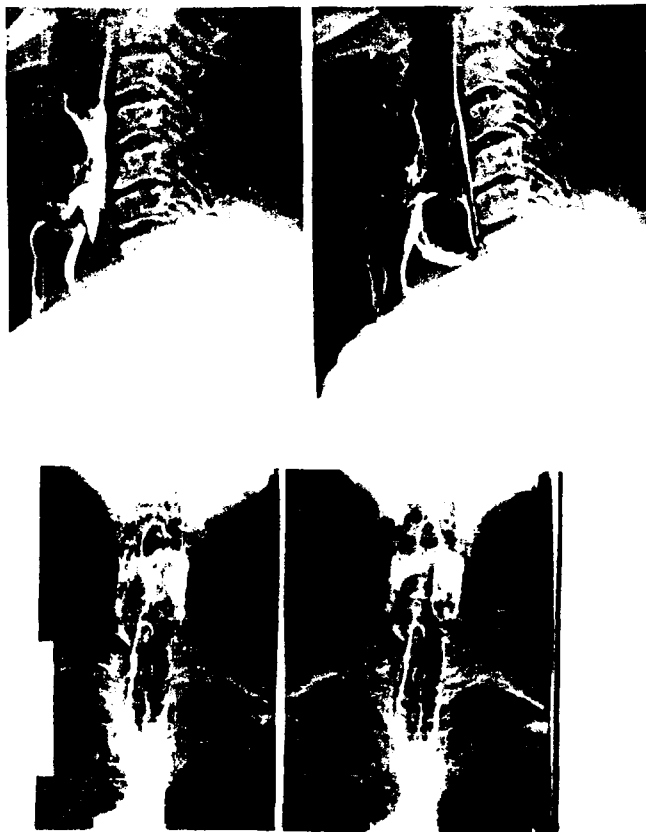
TOMOGRAFIA.-

Se aprecia la existencia de una tumoración que invade el muro faringolaríngeo derecho y que parece invadir el vestíbulo.



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia una tumoración de epiglotis con invasión del repliegue glosopiglotico derecho y base de lengua, el vestibulo laríngeo esta respetado. Hay una rigidez de la pared lateral externa del seno piriforme derecho, siendo ello muy evidente en su porción superior.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico

OPERACION:

Laringuectomia total con hioides y resección de tercio posterior de lengua. Vaciamientos cervicales bilaterales.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante del espacio tiro-hio-epiglótico, que destruye epiglótis, invade base de lengua y seno piriforme derecho.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La descripción de la pieza operatoria ha coincidido más con el examen laringográfico que con la tomografía, pues las lesiones neoplásticas son más detalladas en la laringografía, donde se aprecia que el vestíbulo laríngeo está respetado y por la tomografía no se puede apreciar, así como también se aprecia la infiltración del seno piriforme, epiglótis, base de lengua y espacio tiro-hio-epiglótico.

- 43 -

HISTORIA Nº 22522

NOMBRE: C.M.G. EDAD: 72 años ESTADO: Casado

PROFESION: Juvilado

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe de que.
Esposa sana.
Cuatro hijos, dos de ellos diabéticos

ANTECEDENTES PERSONALES:

Úlcera gástrica a los 22 años.
Infarto de miocardio hace cuatro años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos dos meses que empieza a notar sensación de cuerpo extraño en la garganta, con carraspera y disfonía. Presenta ligera disfagia a los sólidos y líquidos. No disnea. No sabe si ha perdido peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrativo-vegetante de cara laríngea de epiglotis y borde libre. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

Engrosamiento de la epiglotis.

- 44 -



- 45 -

TOMOGRAFIA:

No se aprecian alteraciones significativas.



LARINGOGRAFÍAS.-

Tumoración de epiglotis de bordes nitidos. Esta afecta a la cara laringea de la epiglotis en su porción alta sin participación de la comisura ni del repliegue ariteno-epiglotico, derecho.



- 47 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringectomia supraglótica de línea media y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltravegetante de cara laríngea de epíglotis que llega al borde de la misma.

CLASIFICACION:

T₁N₂

Mientras que en la tomografía no se aprecian lesiones, en la laringografía se marca la lesión en cara laríngea de epíglotis, lo que concuerda mejor con la pieza operatoria.

3. TOMORES SUPRAGLOTICOS

Hay que considerar varias localizaciones:

a) Tumores de los aritenoides.

Son raros siendo más frecuente la formación de edema. La Laringografía nos precisa la deformación del aritenoides, el estado de su mucosa y la interrupción de la línea interaritenoidea, la cual tiene un gran significado y la asimetría de los aritenoides. La radiografía normal no nos aclara nada.

b) Tumores de la cara laringea de la epiglotis y celda - preepiglotica.

Suelen ser vegetantes o ulcero-infiltrantes, y se pueden propagar a los repliegues ari-epigloticos, bandas ventriculares, aritenoides y a veces al espacio tiro-hio-epiglotico. En lesiones del pie de la epiglotis se pueden extender a la subglotis a través de la comisura anterior.

En las radiografías normales evidenciamos solo los tumores vegetantes, siendo difícil de apreciar las ulceraciones. En los tomogramas podremos ver además la extensión a las estructuras próximas.

En la Laringografía evidenciaremos la movilidad de la epiglotis y del hueso hioides, el espacio tiro-hio-epiglotico, siendo visibles las ulceraciones por existir una discontinuidad de la línea opaca o un pequeño nicho. Los procesos infiltrantes se ven algo peor siendo necesario comparar los diferentes clichés.

Nos permite así mismo estudiar el estado de la comisura anterior zona subglótica y zonas próximas.

c) Tumores de las bandas y ventrículo de Morgagni.

Los más frecuentes son los ulcero-vegetantes, y su punto de partida es en la zona de unión de la banda ventricular y de la epiglotis. Se pueden extender a: la -

epiglotis, espacio preepiglotico, banda opuesta, arite noides, repliegue arieiglotico, pared interna del seno piriforme y al ventriculo de Morgagni.

Las radiografías normales y en la lateral podremos apreciar el estado de la epiglotis. Los tomogramas nos mostrarán claramente el tumor de la banda, pero no podremos diferenciar el tumor del edema.

La Laringograffa nos permite delimitar la extensión del tumor con bastante exactitud y diferenciar lo que es tumor de lo que es edema. El estudio en fonación e inspiración nos determinará el estado del ventrículo de Morgagni.

- 50 -

HISTORIA Nº 21727

NOMBRE: D.L.M. EDAD: 37 años ESTADO: Soltero

PROFESION: Conductor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de bronquitis
Madre fallecida de neoplasia de hígado

ANTECEDENTES PERSONAL:

Sarampión. Tos-ferina. Hepatitis
Úlcera duodenal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos 10 meses molestias en la garganta con ligera disfonía, sensación de cuerpo extraño y discreta disfagia a los líquidos.

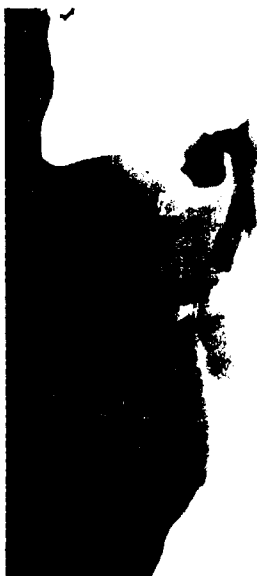
No ha perdido peso. No disnea. No fumador.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Infiltración difusa de toda la laringe de predominio izquierdo. No se palpan ganglios. Movilidad cordal conservada. Radiografía lateral de laringe.

No presenta anomalías.

- 51 -



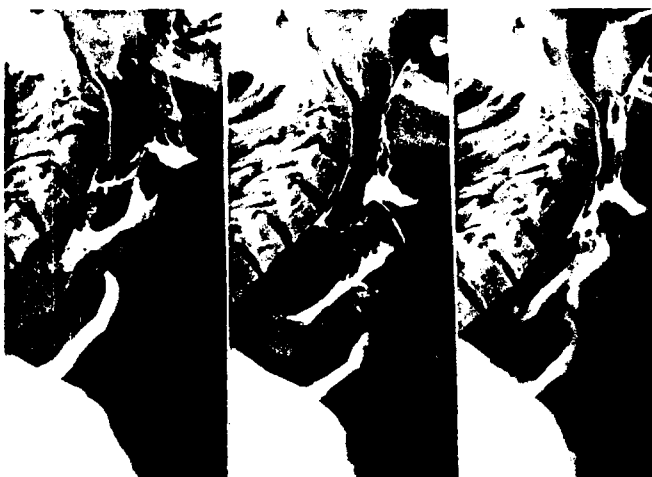
TOMOGRAFIA.-

Ligero edema de bandas derecha.



LARINGOGRAFIA.-

Edema de la banda derecha. No se aprecia alteración de tipo tu
moral.



BIOPSIA DE LARINGE:

Laringitis tuberculosa

OPERACION:

Microcirugía laríngea. Se observa un proceso infiltro-ulcerado de cara laríngea de epiglotis y banda derecha.

En este caso, tanto la tomografía como la laringografía han detectado un edema de banda derecha, sin ninguna alteración de tipo tumoral, coincidiendo ambas con la microcirugía practicada.

- 55 -

HISTORIA Nº: 21745

NOMBRE: E.T.A. EDAD: 44 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe causa.
Dos hermanos fallecidos no sabe causa.
Esposa Sana.

ANTECEDENTES PERSONAL:

Sin interés

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos 10 meses molestias en la garganta, que se le irradian al oído derecho. No disnea. Ligera disfagia a los líquidos. No disfonía.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrado-ulcerado de banda derecha, que se aproxima al aritenoides de este lado y cara laríngea de epiglotis. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

Proceso que invade cara laríngea de epiglotis.

- 56 -



- 57 -

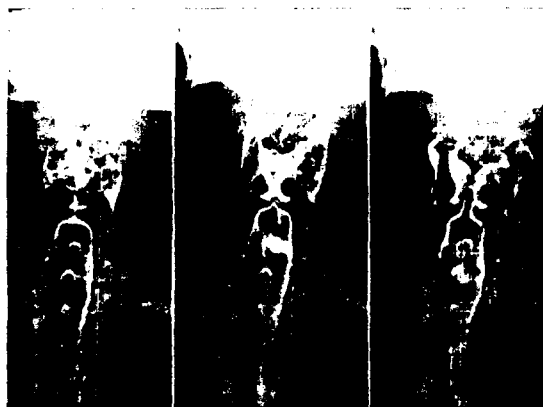
TOMOGRAFIA.-

Tumoración de cuerda falsa derecha.



LARINGOGRAFIA.-

Proceso que invade banda derecha y cara laringea de epi-
glotis.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía supraglótica, con vaciamiento ganglionar cervical bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de cara laríngea de epiglotis y banda derecha.

CLASIFICACION:

T₁ N₂

La laringografía en este enfermo nos ha proporcionado una descripción exacta de la lesión en cara laríngea de epiglotis y banda derecha, permitiendo proyectar el tipo de intervención, mientras que la tomografía solo proporcionaba una lesión en banda derecha.

- 60 -

HISTORIA Nº: 21812

NOMBRE: R.H.R.

EDAD: 54 años

ESTADO: Casado

PROFESION: Chofer

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre fallecida de neumonía
Padre fallecido de neoplasia de estó-
mago. Esposa sana. Un hijo con pará-
lisis y otro sano.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos seis meses proceso disfagia tanto a los sólidos como a los líquidos. A veces esputos hemoptoicos. Otalgia derecha. No disnea. No sabe si ha perdido peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso úlcero-vegetante de seno piriforme derecho, base de lengua y hemilaringe derecha. Paralizada la hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

Invasión de epiglotis y base de lengua.

- 61 -



TOMOGRAFIA.-

Existencia de una gran masa situada en la porción supraglótica de la hemilaringe derecha que invade vestíbulo y epiglotis. El seno piriforme derecho probablemente este invadido.



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia la existencia de una tumoración del muro faringo-laríngeo derecho, afectando al tercio superior del borde derecho de la epiglotis, con afectación del repliegue aritenoepiglotico derecho e invasión del vestibulo. No hay afectación del espacio glotico e infraglotico.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía total, con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis, banda derecha y seno piriforme derecho.

CLASIFICACION:

T₄ N₂

En este caso, tanto la tomografía como la laringografía se mostraron muy expresivas de la gran lesión derecha que presentaba este enfermo, y que coincidieron plenamente con el resultado de su intervención quirúrgica y pieza operatoria.

- 65 -

HISTORIA Nº: 23019

NOMBRE: R.V.G. EDAD: 57 años ESTADO: Casado

PROFESION: Obrero cerámico

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido ignora la causa
Madre senil.
Esposa sana. Dos hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Cólico renal hace tres años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace cuatro meses disfonía y sensación de estorbo faríngeo localizado en el lado derecho, estas molestias se van haciendo cada vez más acusadas y con otalgia refleja derecha.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrante de cara laríngea de epiglotis y se extiende a hemilaringe derecha. Paralizada la hemilaringe derecha. Ganglios no palpables. Radiografía lateral de laringe.

Se observa un engrosamiento de la epiglotis así como una destrucción de toda la cara laríngea de la misma con ulceraciones.

- 66 -



- 67 -

TOMOGRAFIAS.-

Proceso tumoral que invade toda la hemilaringe derecha.



LARINGOGRAFIAS.-

Se confirma la existencia de una tumoración en hemilaringe derecha que afecta fundamentalmente al repliegue ariepiglotico y banda ventricular. La cara laringea de epiglotis está afectada.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico

OPERACION:

Laringuectomía total en campo estrecho. No se practican vaciamientos cervicales.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de cara laríngea de epiglotis, que se extiende a hemilaringe derecha y afecta a comisura anterior.

CLASIFICACION:

T₂ N₀

Si bien la tomografía nos indica la lesión en toda la hemilaringe derecha, la laringografía nos lleva un poco más allá al indicarnos aún más que la lesión llega al repliegue ariepiglótico derecho y a la cara laríngea de epiglotis, coincidiendo con la descripción de la pieza operatoria.

- 70 -

HISTORIA Nº: 22114

NOMBRE: A.M.B. EDAD: 59 años ESTADO: Soltero

PROFESION: Albañil

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre fallecida de neoplasia en órbita derecha. Un hermano fallecido por neoplasia maxilar superior derecho. Padre vive, padece reuma.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Cólicos nefríticos desde hace cinco años. Úlcera gástrica desde hace 20 años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres meses proceso disfónico que va siendo progresivo. No disnea. No dolor irradiado a los oídos. Últimamente discreta disfagia a los líquidos. Ha perdido unos dos kilos de peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrado-vegetante de cara laríngea de epiglotis y repliegue faringo-epiglotico derecho. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

Nos muestra un engrosamiento de la epiglotis y un oscurecimiento de la región supraglotica.

- 71 -



- 72 -

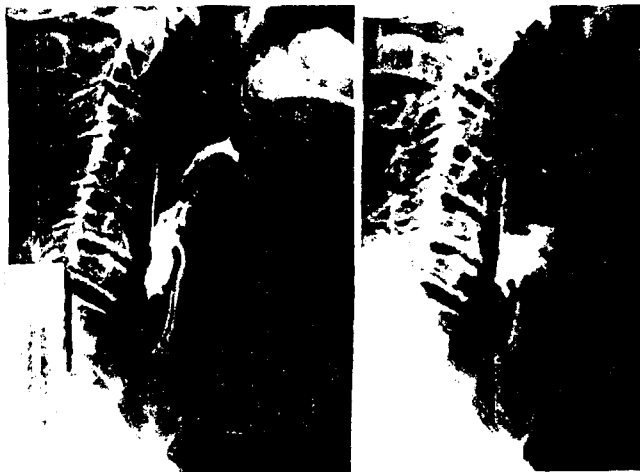
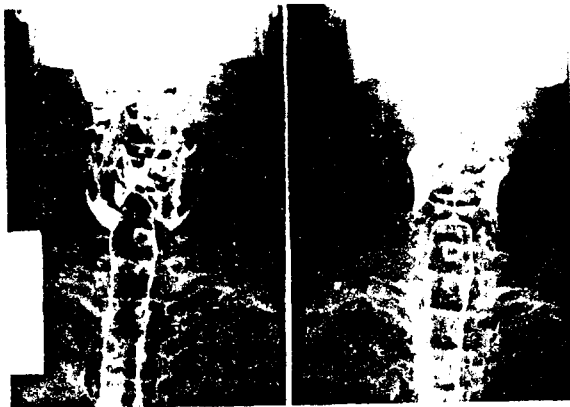
TOMOGRAFIA.-

Lesión de la hemilaringe derecha.



LARINGOGRAFIA.- ■

En inspiración y en fonación nos muestra la existencia de un hinchazón de la hemilaringe derecha con ocupación de la ban da y cara laringea de epiglotis, las cuerdas vocales están li- bres.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía supraglótica con vaciamientos ganglionares bilaterales.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltróvegetante que ocupa toda la cara laríngea de epiglotis y se extiende a banda derecha.

CLASIFICACION:

T₁ N₂

Tomográficamente se describe la lesión en la hemilaringe derecha, mientras que la laringografía nos señala que hay afectación de la cara laríngea de epiglotis y de la banda derecha estando la cuerda derecha sin lesión alguna, permitiéndose proyectar el tipo de intervención, coincidiendo dichas lesiones - con la pieza.

HISTORIA N°: 22208

NOMBRE: A.R.P. EDAD: 44 años ESTADO: Casado

PROFESION: Peón

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de hemorragia cerebral.
Madre sana. Esposa sana. Tres hijos sa
nos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hace doce años le extirparon adenopatía
laterocervical izquierda (no sabe que ti
po de lesión era). Hace un año trauma ex
plosivo por gas del carburo con quemadu
ra de ojos y región faringo-laríngea.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace ocho meses empieza a notar ligero dolor en re-
gión hioidea que se irradia a ambos oídos durante la deglución.
No disnea. No tiene disfonía. No ha perdido peso.

Fumador de diez cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Proceso infiltrado-ulcerado de cara laríngea de epiglotis y ban-
da derecha. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bi
laterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

Engrosamiento de la epiglotis.

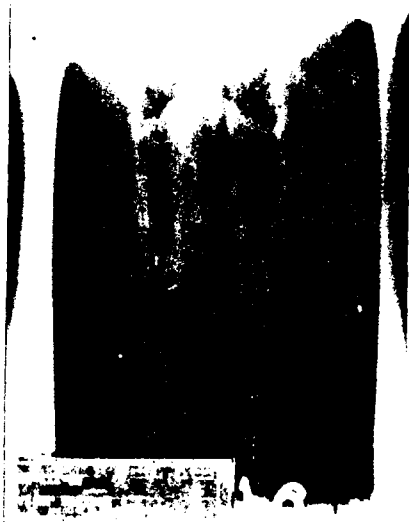
- 76 -



- 77 -

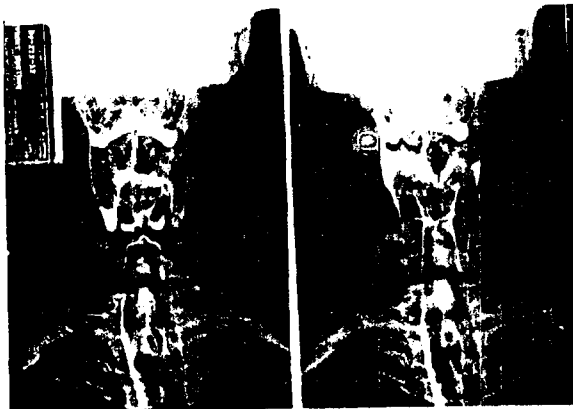
TOMOGRAFIA.-

Nos revela una tumoración supraglótica de predominio izquierdo. No se ve claramente la epiglotis.



LARINGOGRAFIA.-

Tumoración que ocupa la cara laringea de epiglotis, espacio tirohioepiglotico izquierdo parece estar algo infiltrado y parece estar afectado el repliegue aritenopiglotico izquierdo.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía supraglótica y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-ulcerado de cara laríngea de epiglotis y repliegue aritenopiglotico izquierdo.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

La tomografía nos revela a groso modo una lesión izquierda supraglótica, mientras que la laringografía nos precisa con más detalles la lesión neoplásica en cara laríngea de epiglotis y repliegue aritenopiglotico izquierdo. siendo de gran utilidad para establecer la indicación quirúrgica.

- 80 -

HISTORIA Nº: 22276

NOMBRE: E.S.R. EDAD: 62 años ESTADO: Casado

PROFESION: Destilador

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe de que.
Esposa sana. Dos hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Lesión tuberculosa pulmonar hace diez años.
Varicocelo izquierdo, intervenido hace catorce años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres meses proceso disfonico progresivo. Otalgias reflejas bilaterales. No disfagia. No disnea.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrante de cara laringea de epiglotis y vallecúlos. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales - móviles. Radiografía lateral de laringe.

Se aprecia un infiltrado tumoral.

- 81 -



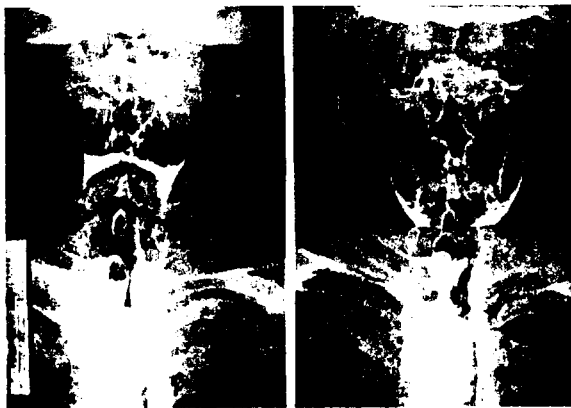
TOMOGRAFIA. -

Gran tumoración en la cara laríngea de la epiglotis y vallecúlas linguales.



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia que el vestíbulo laringeo está irregularmente ocupado por una masa neoplásica que deforma la estructura de la porción supraglótica, vallecúlas afectadas.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides, y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante y ulcerado que invade vestíbulo, cara laríngea de epiglotis y vallecúlas.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

Tanto la tomografía como la laringografía nos muestran - las mismas lesiones, si bien por la laringografía podemos apreciar las cuerdas vocales libres de lesión.

- 85 -

HISTORIA N^o: 23348

NOMBRE: R.V.C. EDAD: 46 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de embolia pulmonar.
Madre vive, sana. Esposa sana, hijos 3
sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace un mes proceso disfónico progresivo durante quince días para luego ir remitiendo hasta la actualidad en que se encuentra bastante bien. No disfagia. No otalgias. No disnea.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Infiltración del repliegue aritenopiglotico izquierdo e invasión de cara laringea de epiglotis. Buena movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

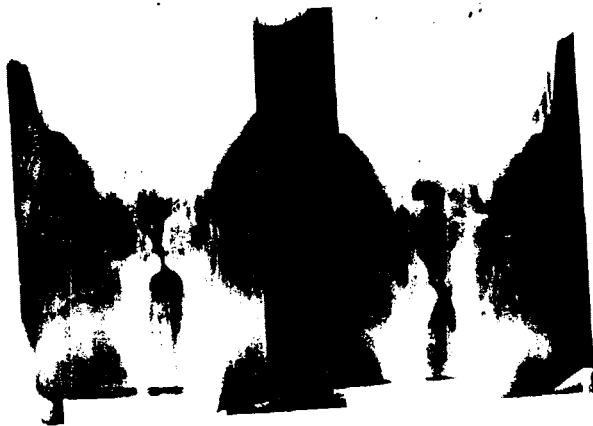
No se visualizan anormalidades significativas.

- 86 -



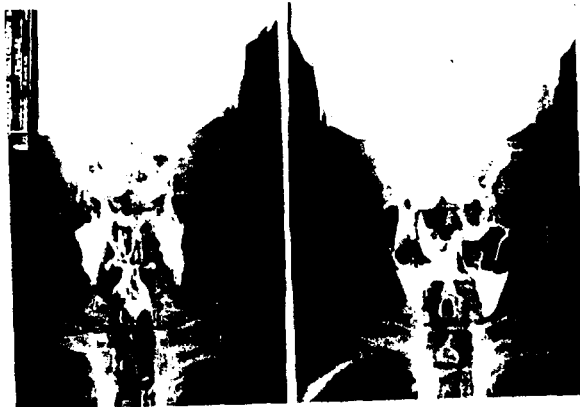
TOMOGRAFIA.-

La hemilaringe izquierda está algo engrosada no visualizándose ventrículo laríngeo y estando engrosadas ambas cuerdas verdaderas y falsas y el pliegue aritenoepiglotico izquierdo está ensanchado. Los senos piriformes están normales. La hemilaringe derecha está normal.



LARINGOGRAFIA.-

Las valléculas se rellenan bien, los senos piriformes están sanos. Engrosamiento a nivel de la banda izquierda. El repliegue ariepiglotico izquierdo hace protusión en el vestíbulo laríngeo. La cara laríngea de la epiglotis parece estar afectada.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico

OPERACION:

Laringuectomia frontal anterior, con vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis y banda izquierda.

CLASIFICACION:

T₁ N₂

La indicación quirúrgica de la laringuectomia frontal anterior se pudo realizar gracias a la laringograffa, que permitió observar como las cuerdas vocales estaban libres de lesión, pues por la tomograffa daba la impresión de estar afectada la cuerda izquierda.

- 90 -

HISTORIA Nº: 24004

HOMBRE: F.S.M. EDAD: 53 años ESTADO: Casado

PROFESION: Obrero de carreteras

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de hernias inguinales a los
12 años. Tumoración lateral del cue-
llo que se fistulizó y curó

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos dos meses desfonia progresiva con abulta-
miento en región lateral del cuello lado derecho. Disfagia a
los sólidos y líquidos. Otagia refleja derecha. No disnea.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Proceso infiltro-vegetante de banda y ventrículo derecho. Para-
lisis de la hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales
adheridos lado derecho. Radiografía lateral de laringe.

No se visualizan lesiones.

- 91 -



- 92 -

TOMOGRAFIA.-

Tumoración que afecta a la banda derecha.



LARINGOGRAFIA.-

Tumoración que afecta a cara laringea de epiglotis, infiltra banda derecha y rechaza el vestíbulo hacia la izquierda. El seno piriforme derecho está rechazado. La vallecula es tá ulcerada.



- 94 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomia total con vaciamiento ganglionar bilateral siendo monoblock en el lado derecho.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de banda derecha, petiolo epiglótico y abombamiento en seno piriforme derecho.

CLASIFICACION:

T₂ N₃

Mientras que la tomografía nos indicaba lesiones en banda derecha, la laringografía nos señala lesiones en banda derecha, cara laríngea de epiglotis.

- 95 -

HISTORIA Nº: 24364

NOMBRE: A.F.R. EDAD: 42 años ESTADO: Casado

PROFESION: Ebanista

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padece bronquitis asmática

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos dos meses proceso disfonico progresivo. Disfagia a los sólidos y líquidos. Otalgia refleja izquierda. No disnea. Ha perdido unos tres Kilos de peso.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Lesión infiltro-ulcerada que ocupa toda la hemilarige izquierda. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales movibles. Radiografía lateral de laringe.

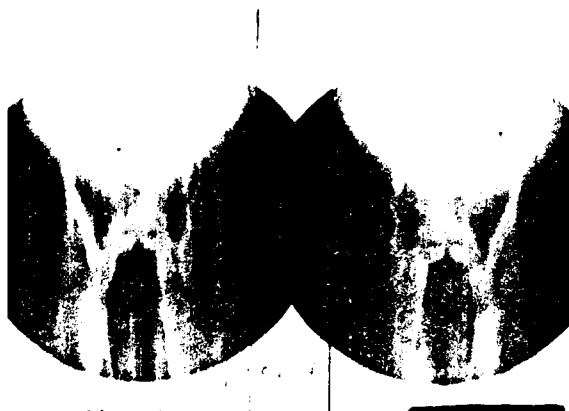
Se aprecia una tumefacción de la cara laringea de la epiglottis.

- 96 -



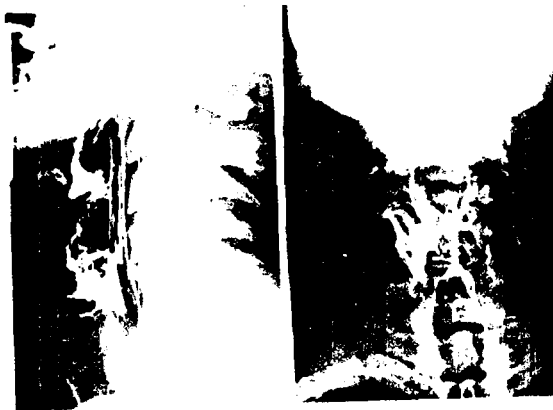
TOMOGRAFIA.-

Existe una masa que infiltra cuerda falsa izquierda respetando ventrículo laríngeo y afectando al pliegue arriepiglótico y base de epiglótis con una pequeña afectación del seno piriforme.



LARINGOGRAFIAS.-

Hay un perfecto llenado de valeculas y de los senos piriformes. En la maniobra de Valsalva y en la proyección lateral, la existencia de una masa tumoral en la cara laringea de la - epiglotis e invade el pliegue ariepiglotico izquierdo, así co mo la cuerda falsa izquierda.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide con diferenciación queratoblástica

OPERACION:

Laringuectomia supraglótica con vaciamiento bilateral ganglionar.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de petiolo epiglótico, banda izquierda y cara laríngea de epiglotis.

CLASIFICACION:

T₁ N₁

La nolesión de las valléculas linguales nos la proporcionó la laringografía así como la liberación de los senos piriformes, mientras que por la tomografía podría estar afectado algo el seno piriforme izquierdo.

- 100 -

HISTORIA Nº 24676

NOMBRE: M.B.L. EDAD: 40 años ESTADO: Casado

PROFESION: Obrero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido no sabe de que.
Madre vive sana. Esposa sana. Tres her-
manos sanos. Cinco hijos, tres viven
sanos, uno fallecido de meningitis y
otro fallecido de bronquitis.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace 18 meses proceso disfonico progresivo. Discreta otalgia izquierda. No disnea. Ligera disfagia a los líqui-
dos.

Fumador de 10 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Proceso de aspecto edematoso de ambas bandas de predominio iz-
quierdo. Ganglios no palpables. Movilidad cordal conservada.
Radiografía lateral de laringe.

No se ven alteraciones.

- 101 -



- 102 -

TOMOGRAFIA.-

No se ven alteraciones.



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia un aumento de ambas bandas.



- 105 -

INFORME HISTOLOGICO:

Laringitis crónica edematosa

OPERACION:

Microcirugía laríngea

Resección del edema de la banda izquierda.

Si bien por la tomografía no se aprecian lesiones, la laringografía demuestra un aumento de ambas bandas.

- 106 -

HISTORIA N° 24734

NOMBRE: A.C.L. EDAD: 59 años ESTADO: Casado

PROFESION: Jornalero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padece de brónquios

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos ocho meses molestias faringneas con procesos disfónicos intermitentes y a veces exputos sanguinolentos. No disfagia. No disnea. No ha perdido peso.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrativo de petiolo epiglótico que se extiende a banda derecha. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables lado derecho. movibles. Radiografía lateral de laringe.

Epiglotis aumentada de tamaño.

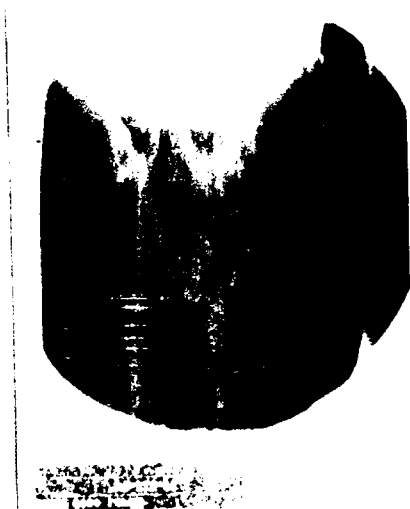
- 107 -



- 108 -

TOMOGRAFIA.-

Hay un engrosamiento de la banda derecha.



LARINGOGRAFIA.-

Hay una afectación de la cara laringea de la epiglotis,
la banda derecha se encuentra afectada.



BIOPSIA DE LARINGE:

Epitelioma espinocelular

OPERACION:

Laringuectomia supraglótica, con vaciamiento ganglionar bilateral.

CLASIFICACION:

T₁ N₁

PIEZA OPERATORIA:

Tumoración infiltro-ulcerada de cara laríngea de epiglotis, petiolo y banda derecha.

La tomografía detecta una lesión en banda derecha y no precisa como están las cuerdas, mientras que la laringografía aparte de señalar dicha lesión nos indica que las cuerdas vocales están libres y hay lesión en cara laríngea de epiglotis.

- 111 -

HISTORIA Nº: 25348

NOMBRE: R.C.A. EDAD: 36 años ESTADO: Casado

PROFESION: Empleado en la construcción.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés

ANTECEDENTES PERSONALES:

Neumonía hace tres años. Desde hace seis años padece de úlcus duodenal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres meses proceso disfonico progresivo dolor laríngeo que se le irradia hacia el lado izquierdo. Disfagia a los alimentos sólidos y líquidos. A veces expectoración hemoptoica. No disnea.

Fumador de 40 a 50 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso úlcero-vegetante de vestíbulo laríngeo lado izquierdo, que afecta a cara laríngea de epiglotis, petiolo epiglotico y se extiende a banda y ventrículo. Movilidad cordal conservada. Anglios palpables lado izquierdo móviles. Radiografía lateral laríngea.

No se visualiza la epiglotis habiendo un aumento de densidad a nivel de la parte posterior, lo que correspondería con una gran tumoración epiglotica.

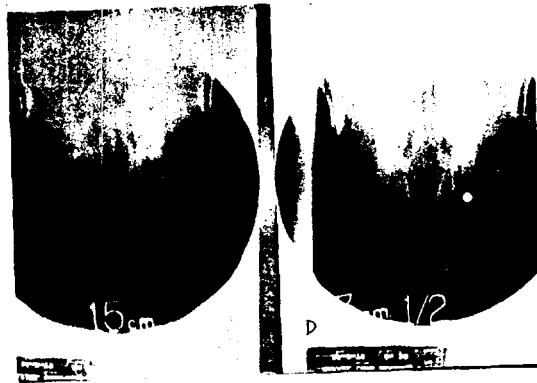


- 112 -



TOMOGRAFIA.-

Se aprecia la existencia de una gran masa fundamentalmente en el lado derecho, que ocupa vestibulo laringeo e infiltra cuerda falsa y pliegue ariepiglótico.



- 114 -

LARINGOGRAFIA.-

Infiltración de ambas bandas y base epiglótica.



- 115 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma anaplásico con escasa diferenciación epidermoide.

OPERACION:

Laringuectomia supraglotica con vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Neoplasia infiltro-ulcerada de cara laríngea de epiglotis que se extiende a banda izquierda.

CLASIFICACION:

T₁ N₁

En este caso tanto la tomografía como la laringografía nos señalan las mismas lesiones si bien por la laringografía se pone más de relieve la no infiltración de cuerdas.

- 116 -

HISTORIA N°: 27450

NOMBRE: B.T.C. EDAD: 56 años ESTADO: Casado

PROFESION: Juvilado

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Reuma desde hace tres años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace dos meses proceso disfonico que le ha mejorado algo. No disfagia. No otalgias. No disnea.

Fumador de 30 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Infiltración hemilaringe izquierda, banda, ventrículo y cuerda.
Parálisis hemilaringe izquierda. Ganglios palpables bilaterales móviles. Radiografía lateral de laringe.

No se aprecian alteraciones.

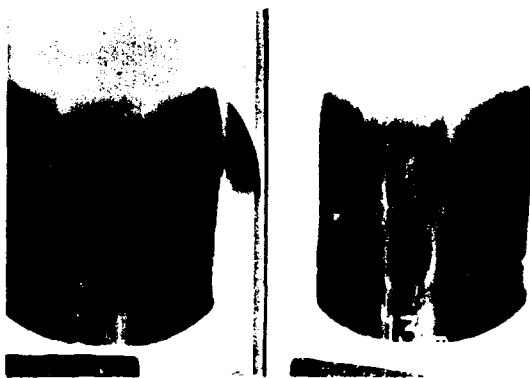
- 116 62 -



- 117 -

TOMOGRAFIA.

Tumoración que afecta a la hemilaringe izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

La cuerda izquierda falsa está muy engrosada, encontrándose disminuido de altura el seno de Morgagni del mismo lado. Las cuerdas verdaderas parecen estar respetadas.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Hemilaringuectomía izquierda con vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de banda, ventrículo y aritenoides izquierdo.

CLASIFICACION:

T₁ N₂

La tomografía detecta lesiones en la hemilaringe izquierda, mientras que la laringografía nos indica la liberación de las cuerdas, lo que lleva a indicar la operación de hemilaringuectomía.

- 120 -

HISTORIA: N° 32793

NOMBRE: R.G.P.A. EDAD: 49 años ESTADO: Casado

PROFESION: Dependiente

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de derrame cerebral.
Madre fallecida de trombosis cerebral.
Esposa sana. Cuatro hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

A los 16 años proceso sífilítico. A los
26 años hepatitis. A los 20 pulmonía.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace cinco meses proceso disfonico. No disnea. No
otalgias reflejas. No disfagia.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Bebedor de 10 copas de coñac.

No sabe si ha perdido peso.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Lesión infiltrado-ulcerada de cara laríngea de epiglotis y re-
pliegue arriepiglotico izquierdo. Movilidad cordal conservada.
Ganglios palpables izquierdos móviles. Radiografía lateral de
la laríngea.

Discreta tumefacción de epiglotis.

- 121 -



- 122 -

TOMOGRAFIA.-

Se aprecia una lesión vestibular de banda izquierda, parece estar desaparecido el ventrículo de Morgagni.



LARINGOGRAFIA.-

Aparece una lesión de banda izquierda, el ventrículo de Morgagni izquierdo está desaparecido y da la impresión de que la cuerda izquierda está respetada.



- 124 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomia supraglótica con vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de petiolo epiglotico y banda y aún ventrículo izquierdo.

CLASIFICACION:

T₁ N₁

La laringografía nos indica la no afectación de la cuerda izquierda, mientras que la tomografía y la laringografía - nos indican la infiltración de banda ventrículo izquierdo.

- 125 -

HISTORIA Nº 32828

NOMBRE: J.G.G. EDAD: 46 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de tumor hepático.
Madre vive sana. Esposa sana. Tres hi
jos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Fiebre de Malta a los 18 años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace cuatro meses molestias faringéas con dolor y disfonía progresiva. Discreta otalgia refleja derecha. No disnea. No disfagia.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso infiltrativo de cara laríngea de epiglotis con movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de larínge.

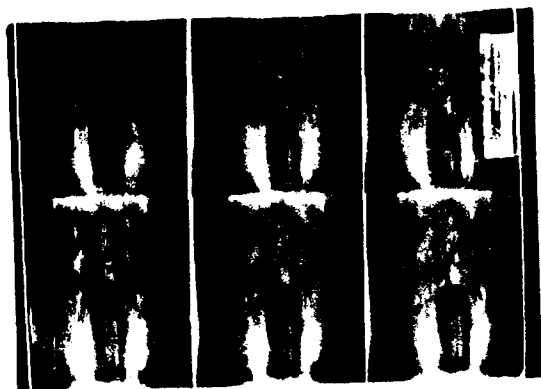
Cara laríngea de epiglotis aumentada de tamaño.

- 126 -



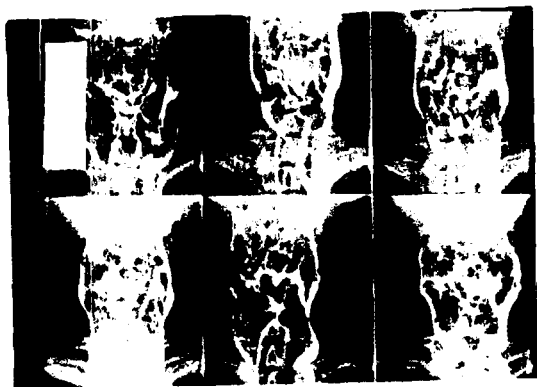
TOMOGRAFIA.-

Lesión vestibular de ambas bandas de predomio derecho.



LARINGOGRAFIA.-

Lesión de cara laringea de epiglotis que se desparrama hacia ambas bandas, más a la derecha, Ventriculos libres y cuerdas.



- 129 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide medianamente diferenciado.

OPERACION:

Laringuectomia supraglótica con vaciamiento ganglionar bi lateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de cara laríngea de epiglotis y ambas bandas.

CLASIFICACION:

T₁ N₂

La comografía nos presenta lesión vestibular de ambas ban das, mientras que la laringografía es más explícita en detalles al señalarmos lesión de cara laríngea de epiglotis y de ambas bandas, indicándonos además la no infiltración de ventrículos y cuerdas.

- 130 -

HISTORIA Nº: 32234

NOMBRE: A.A.LL. EDAD: 56 años ESTADO: Casado

PROFESION: Minero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos cuatro meses proceso disfonico progresivo.
No disfagia.No disnea. No otalgias.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Proceso infiltrante de cara laringea de epiglotis que se extiende a hemilaringe izquierda y fija el aritenoides. Parálisis hemilaringe izquierda. Ganglios palpables lado izquierdo móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Tumefacción de epiglotis.

- 131 -



- 132 -

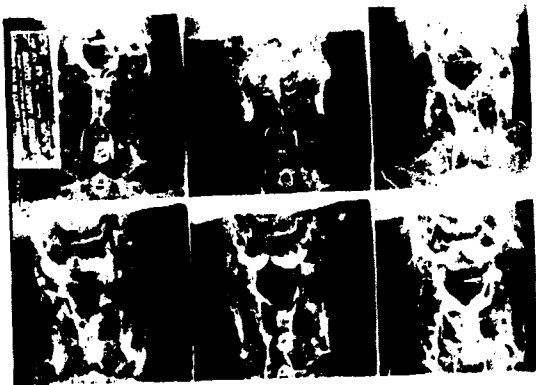
TOMOGRAFIA. -

Parece existir una tumoración de cuerda izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

Llama la atención a nivel de la cuerda verdadera izquier
da la existencia de una imágen en defecto que protruye en la
luz y que afecta a la movilidad de este lado y que puede tra-
tarse de un tumor.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide con escasa diferenciación queratoblástica.

OPERACION:

Laringuectomía horizonto-vertical izquierda, con vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de cara laríngea de epiglotis y de banda y cuerda izquierda.

CLASIFICACION:

T₂ N₁

En este proceso, que en laringoscopia indirecta se observa lesión de vestíbulo laríngeo, la tomografía muestra proceso de hemilaringe izquierda, afectando cuerda y banda de ese lado, pero sin precisar estructuras; la laringografía señala un proceso vegetante de cuerda verdadera, por lo que lleva a la intervención realizada.

4. TUMORES GLOTICOS O CORDALES

Son los que afectan a las cuerdas y a la comisura anterior.

Los grandes tumores exofiticos disminuyen la movilidad cordal y se pueden extender al ventrículo de Morgagni y a la subglotis.

Estos tumores pueden afectar a los músculos intrínsecos fijando la cuerda y a distancia a la banda y a la región subglotica. Pueden pasar a la otra cuerda vocal a través de la comisura anterior y también al cartilago tiroides.

En las radiografías normales es muy difícil diferenciar un tumor cordal de un edema, así como sus limitaciones, sobre todo si el tumor es pequeño. Cuando la lesión es más extensa es difícil de valorar la extensión, pero podemos observar si se extiende a vestíbulo, comisura anterior o región subglotica.

En la Laringografía podemos determinar el tumor por las irregularidades de las mucosas y sus límites, así como la movilidad cordal en fonación e inspiración, pues si una cuerda está inmóvil habrá que diferenciar el proceso entre un tumor o una parálisis recurrencial, cuyos signos de la parálisis ya han sido puestos anteriormente. También el ángulo subglotico se altera.

En las tomas laterales se visualizan los límites anterior y posterior, el estado de la comisura anterior y de la subglotis. La invasión de estas regiones se traduce por un aumento de la distancia que la separa del cartilago tiroides.

- 136 -

HISTORIA Nº 24453

NOMBRE: E.L.S. EDAD: 50 años ESTADO: Casado

PROFESION: Minero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de silicosis.
Madre fallecida no sabe de que. Han sido 11 hermanos, siete fallecidos en la infancia no sabe precisar de que, cuatro viven sanos. Esposa sana. Tres hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés, no cuenta ninguna enfermedad.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres años proceso disfonico, con alternativas de mejoría y empeoramiento. No disfagia. No disnea. No otalgias reflejas.

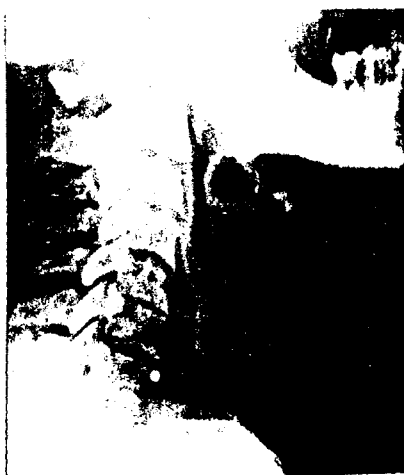
No fumador.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Proceso de aspecto fibromatoso en comisura anterior y subglótica. Movilidad cordal conservada. Ganglios no palpables.

Radiografía lateral de laringe.

No se ven alteraciones.

- 137 -



- 138 -

TOMOGRAFIA.-

No se ven alteraciones



- 139 -

LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia una formación subglótica.



- 140 -

OPERACION:

Microcirugía laríngea

INFORME HISTOLOGICO:

Pólipo laríngeo

En este caso la tomografía no muestra ninguna alteración, mientras que en la laringografía se percibe una ligera formación subglótica, lo que viene a confirmar el diagnóstico operatorio.

- 141 -

HISTORIA Nº 21857

NOMBRE: J.G.D. EDAD: 57 años ESTADO: Casado

PROFESION: Minero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos seniles no sabe de
que. Esposa sana. No hijos. Ocho her-
manos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hace un año epitelioma de labio infe-
rior tratado con radioterapia.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace siete meses proceso disfonico que es progresi-
vo. No disfagia. No disnea. No ha perdido peso. No otalgias -
reflejas.

Fumador de unos 30 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Proceso úlcero-vegetante de cuerda derecha. Movilidad cordal -
conservada. Ganglios no palpables.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecia lesión alguna.

- 142 -



- 143 -

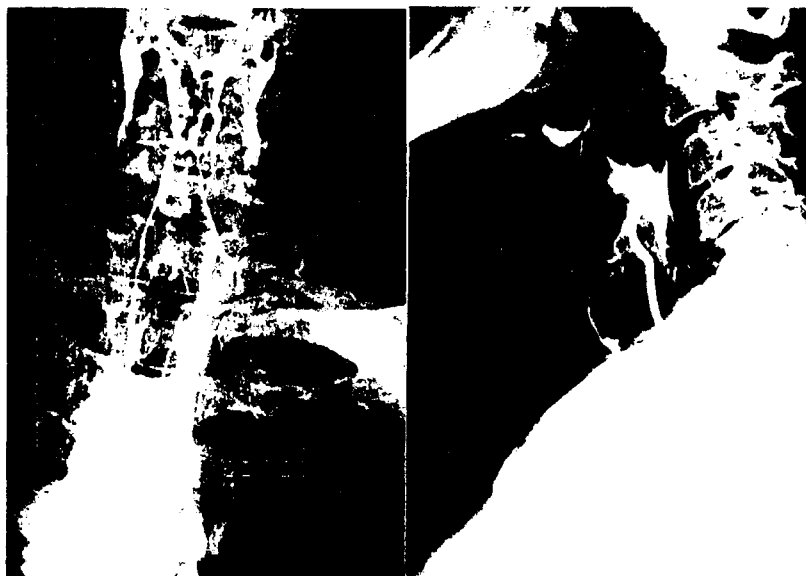
TOMOGRAFIA.-

Anormalidad a nivel de las cuerdas.



LARINGOGRAFÍAS.-

Nos muestra la existencia de un proceso a nivel de cuerda derecha.



OPERACION:

Microcirugía laríngea. Resección con bisturí eléctrico de cuerda derecha, que está afectada de proceso vegetante.

INFORME ANATOMAPATOLOGICO DE CUERDA:

Paquidermia laríngea con signos de displasia epitelial.

En este caso, la tomografía nos muestra una alteración, poco fina en su apreciación, de estructura glótica, mientras que en la laringografía se aprecia un proceso de cuerda derecha, de dimensiones lo suficientemente reducidas como para indicar de entrada una microcirugía que resolvió el problema.

- 146 -

HISTORIA Nº: 22523

NOMBRE: J.L.H. EDAD: 57 años ESTADO: Casado

PROFESION: Jornalero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido no sabe de que.
Madre vive senil. Esposa sana. Tres
hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado hace ocho años de úlcera gástrica. Traqueotomía de urgencia hace once años por proceso bronquial.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos 12 años tiene disfonias de repetición. Hace un mes tiene un cuadro disneico brusco, que precisa traqueotomía. No ha perdido peso. No disnea. No otalgias.

Fuma 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Edema de Reinke de predominio derecho. Movilidad cordal conservada. Ganglios no palpables.

Radiografía lateral de laringe.

No se ven alteraciones.

- 147 -



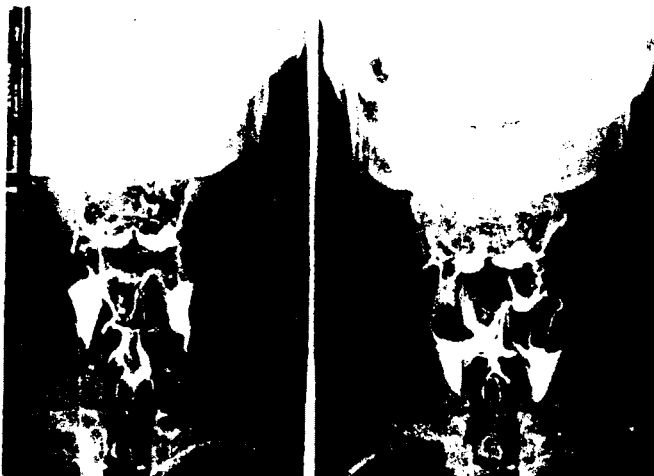
TOMOGRAFIA.-

Se puede apreciar la existencia de una masa en hemilaringe derecha que afecta a ambas cuerdas.



LARINGOGRAFIA.-

Infiltración glótica de predominio derecho con posible penetración en seno de Morgagni.



OPERACION:

Microcirugía laríngea. Se reseca edema de Reinke de cuerda derecha.

Mientras que en la tomografía se apreciaba una anomalía poco precisa en ambas cuerdas, algo más prominente en hemilaringe derecha, la laringografía señala con precisión la existencia de una infiltración glótica y penetración en seno de Morgagni, que lleva a una previa microcirugía en la que, en definitiva, se extirpa un edema de Reinke de cuerda y hemilaringe derecha.

- 151 -

HISTORIA Nº 24497

NOMBRE: F.O.L. EDAD: 45 años ESTADO: Casado

PROFESION: Empleado de seguros

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de neo de estómago.
Madre vive sana. Esposa sana. Un hi
jo sano.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace 15 años viene padeciendo procesos disfónicos que se le acentúan en el invierno. No otalflas reflejas. No disnea. No disfagia.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.
Formación edematosa de tercio anterior de cuerda izquierda. Mo
vilidad cordal conservada~~za~~. Ganglios no palpables.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecian lesiones.

- 152 -



- 153 -

TOMOGRAFIA.-

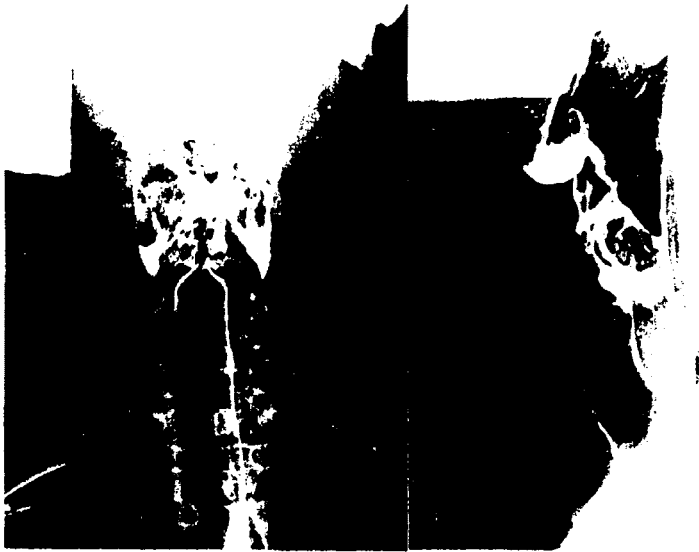
No se ven alteraciones.



- 154 -

LARINGOGRAFIAS.-

Se aprecia ligera lesión en cuerda izquierda.



- 155 -

OPERACION:

Microcirugía laringea. Extirpación de formación poliposa de cuerda izquierda.

BIOPSIA DE LA PIEZA:

Pólipo mixomatoso.

En la tomografía no se apreciaron lesiones, en la laringografía se aprecia la existencia de alteración en la cuerda izquierda.

HISTORIA Nº 24553

NOMBRE: E.L.S.

EDAD: 50 años

ESTADO: Casado

PROFESION: Minero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de silicosis

Madre fallecida ignora la causa.

Esposa sana. Tres hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Bronquítico crónico

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos tres años procesos disfónicos, que son cada vez más frecuentes y duraderos. Lleva un año que la disfonía es constante. No disfagia. No disnea. No otalgias.

Fumador de 10 cigarrillos de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta. Lesión de aspecto mixomatosa de tercio anterior de cuerda derecha. Movilidad cordal conservada. Ganglios no palpables.

Radiografía lateral de laringe.

No se visualiza nada llamativo.

- 157 -



- 158 -

TOMOGRAFIA.-

No se ven lesiones.



LARINGOGRAFIA.-

Parece que la cuerda derecha está algo engrosada.



- 160 -

OPERACION:

Microcirugía laríngea. Resección de un polipo de cuerda derecha.

INFORME HISTOLOGICO DE LA PIEZA:

Polipo laríngeo.

En la tomografía no se aprecia lesión alguna, en la laringografía se ve un engrosamiento notable localizado en la cuerda derecha.

HISTORIA Nº 32743

NOMBRE: J.J.J. EDAD: 72 años ESTADO: Casado

PROFESION: Jornalero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de úlcera gástrica.
Madre fallecida no sabe de que.
Ocho hermanos sanos. Esposa sana. Cinco
hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de hernia inguinal derecha.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace cuatro meses proceso disfónico progresivo. No
disfagia. No otalgias.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Invasión cara laringea de epiglotis de predominio derecho, que se extiende a banda derecha. No se puede ver bien como misura anterior. Parálisis de hemilaringe derecha. Adenopatías palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

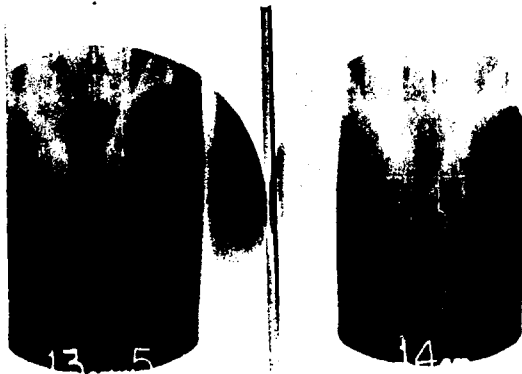
Engrosamiento de la epiglotis.

- 162 -



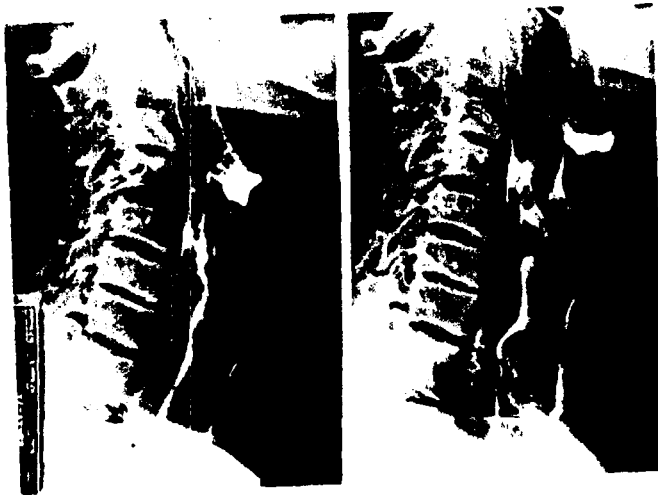
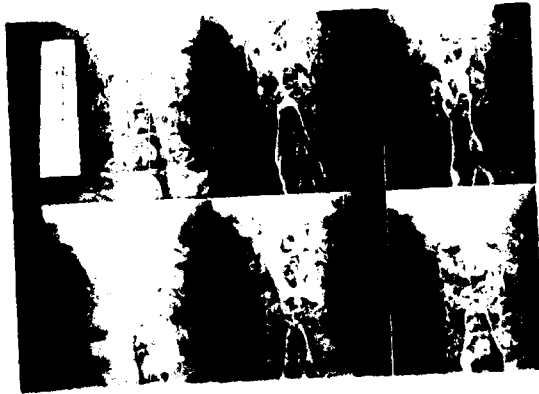
TOMOGRFIA.-

Se aprecia la existencia de una masa tumoral que afecta a la hemilaringe derecha.



LARINGOGRAFIA.-

Existe una gran masa de localización anterior y algo derecha en la laringe que afecta a las cuerdas verdaderas falsas del lado derecho y algo al ángulo subglótico.



- 165 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico.

OPERACION:

Laringuectomía total, con vaciamientos cervicales bilaterales.

PIEZA OPERATORIA:

Infiltrante de banda derecha, cuerda derecha y se hace subglótico en lado derecho.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

Si bien la tomografía detecta la masa tumoral en hemilaringe derecha, la laringografía además de dicha lesión nos pone en evidencia una lesión subglótica.

- 166 -

HISTORIA N°: 24492

NOMBRE S.O.L. EDAD: 27 años ESTADO: Casada

PROFESION: Sus labores

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de infarto de miocardio.
Madre vive sana. Esposo sano dos hijos
sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No cuenta enfermedades.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres años proceso disfónico progresivo. Últimamente nota alguna dificultad respiratoria. Ligera otalgia refleja izquierda.

No fuma.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Enorme polipo de aspecto mixomatoso en comisura anterior. Movilidad cordal conservada. Ganglios no palpables.

Radiografía lateral de laringe.

No se ve lesión.

- 167 -



- 168 -

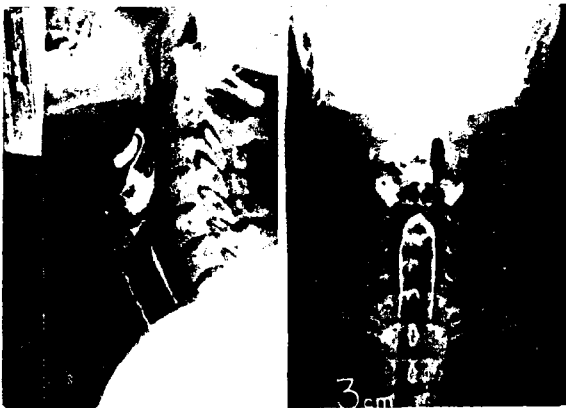
TOMOGRAFIA.-

No se visualizan bien las cuerda y parecen estar algo en
grosadas.



LARINGOGRAFIA.-

En la placa lateral se visualiza una masa redonda que sobresale el espacio subglótico y que se eleva en la fonación. En la anter-posterior se visualiza perfectamente el pólipo en posición subglótica.



- 170 -

OPERACION:

Microcirugía laríngea. Extirpación de pólipo subglótico de cuerda derecha.

INFORME HISTOLOGICO:

Pólipo laríngeo.

La tomografía no detecta la lesión, mientras que la laringografía detecta una lesión subglótica.

5. TUMORES SUBGLOTICOS.

Son raros los netamente subglóticos, siendo más frecuente que procedan de la región glótica o vestibular.

El exámen radiológico normal nos visualiza bien los tumores voluminosos, pero los pequeños son de difícil apreciación.

La Laringografía nos permite ver las mucosas alteradas - pues se presentan festoneadas en vez de estar lisas. El ángulo subglótico se modifica.

HISTORIA Nº: 23168

NOMBRE: I.J.S. EDAD: 62 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos ignora la causa.
Esposa padece de cataratas. Tres hijos
sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de cataratas hace doce y ocho
años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos diez meses sensación de estorbo faringeo a nivel del hueso hioides lado izquierdo que ha venido aumentando progresivamente. Disfagia a los alimentos sólidos. Desde hace cuatro meses proceso disfónico progresivo. Desde hace dos meses disnea de esfuerzo. Otalgia izquierda.

Fumador de 15 a 20 cigarrillos diarios.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrante que ocupa cara laringea de epiglotis, banda y cuerda izquierda. Paralizada la hemilaringe izquierda. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Gran masa cara laringea de epiglotis.

- 173 -



- 174 -

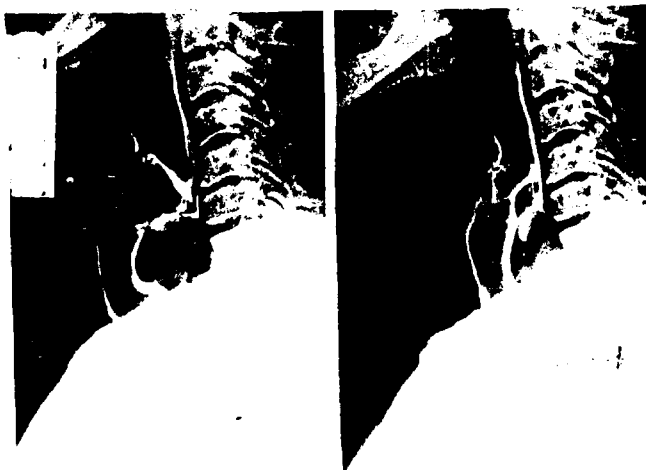
TOMOGRAFIA.-

Lesión de la hemilaringe izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

LLama la atención la existencia de una enorme masa que se origina en la parte inferior de la cara laringea de la epiglotis y que invade el espacio subglótico, comprometiendo la luz laringea.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide escasamente diferenciado.

OPERACION:

Laringectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-ulcerado que invade vestíbulo laríngeo, bandas, cuerdas y se hace subglótico, todo ello de predominio izquierdo.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La tomografía nos describe la lesión en hemilaringe izquierda, mientras que la laringografía nos detecta aparte de esta lesión, que el espacio subglótico está afectado.

HISTORIA Nº: 23329

NOMBRE: T. L. R. EDAD: 66 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agente Comercial.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de trombosis cerebral.
Madre fallecida del corazón. Seis hermanos viven sanos. Un hermano fallecido de tuberculosis pulmonar. Un hermano fallecido de neo de estómago. Esposa sana.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Neumonía a los 26 años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres años proceso disfónico que ha venido progresivamente a más. Otorrea refleja derecha. No disfagia. No disnea.

Fumador de 30 cigarrillos diarios.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Lesión que afecta hemilaringe derecha. Paralizada la hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecian lesiones.

- 178 -



TOMOGRAFIA.-

Infiltración de toda la hemilaringe derecha y espacio sub
glótico.



LARINGOGRAFIAS.-

Proceso que afecta a banda derecha, ventrículo cuerda zona subglótica derecha y haciendo protusión en seno piriforme derecho. Se aprecia muy disminuida la zona aerea intralaringea.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide con diferenciación de globos cór-
neos.

OPERACION:

Laringuectomia total con hioides y vaciamiento ganglio-
nar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-ulcerado de cuerda, banda, zona subgló-
tica derecha y abomba en seno piriforme derecho.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La tomografía y la laringografía en este caso nos descri-
ben las mismas lesiones, si bien por la laringografía se seña-
la la protusión en seno piriforme derecho.

- 182 -

HISTORIA N^o: 21928

NOMBRE: R.G.S. EDAD: 64 años ESTADO: Soltero

PROFESION: Pozero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace dos años proceso disfónico progresivo. No dis fagia. Otalgia refleja izquierda desde hace unos cinco meses. No disnea.

Fumador de 15 a 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-ulcerado de petiolo epiglótico, banda y cuerda izquierda. Paralizada hemilaringe izquierda. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Tumefacción de cara laringea de epiglotis.

- 183 -



- 184 -

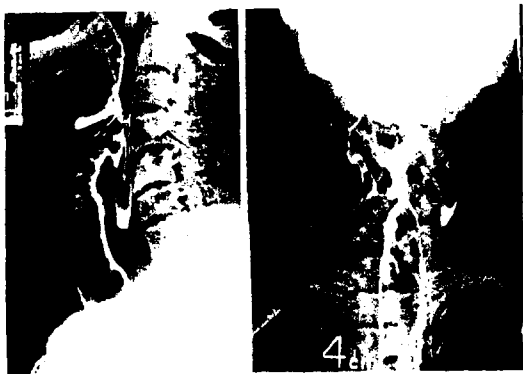
TOMOGRAFIA.-

Se aprecia lesión de banda y cuerda izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

Masa que ocupa toda la hemilaringe izquierda con amputación parcial del ventrículo, se hace infraglotico lado izquierdo y hay una compresión del repliegue aritenoepiglotico.



- 186 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía reconstructiva "Labayle" con vaciamiento ganglionar bilateral, dejando el aritenoides derecho.

PIEZA OPERATORIA:

Lesión infiltro-ulcerada de toda la hemilaringe izquierda, se hace subglótico izquierdo, invade el aritenoides izquierdo y petiolo epiglótico.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La laringografía nos señala que la lesión se hace subglótica izquierda, mientras que este detalle tan importante no es detectado por el examen tomográfico.

6. TUMORES LARINGO-FARINGEOS.

Son tumores de grandes extensiones, por lo que clinicamente se delimitan mal.

En las radiografías normales es un poco difícil delimitar con precisión todo el tumor, pues como sabemos viene acompañado por un proceso edematoso.

La Laringografía nos permite un estudio más detallado de todas las lesiones faríngeas y laringeas.

- 188 -

HISTORIA Nº: 24617

NOMBRE E.C.M. EDAD: 65 años ESTADO: Casado

PROFESION: Obrero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos seis meses proceso disfonico progresivo. Otalgia refleja derecha. Desde hace 20 días disnea. Ha perdido unos seis kilos de peso. Ligera disfagia a los sólidos.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-vegetante de la hemilaringe derecha que se extiende a banda izquierda e impide ver cuerdas, lado derecho inmóvil. Paralizadas ambas hemilaringes. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Proceso que infiltra el espacio tirohioepiglótico, cara laringea de epiglottis está tumefacta.

- 189 -



- 190 -

TOMOGRAFIA.-

Proceso que invade hemilaringe derecha y espacio glótico.



LARINGOGRAFÍA.-

Gran tumoración de la parte derecha y anterior de la laringe con invasión de la cara laringea de la epiglotis, afectación ariepiglótica y afectación de comisura anterior y cuerdas.



- 192 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico

OPERACION:

Laringectomia total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis, banda y cuerda derecha y banda izquierda.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

Enfermo con cánula de traqueotomía en el que la tomografía nos detecta un proceso de hemilaringe derecha y espacio glótico. La laringografía nos muestra estas lesiones con más detalle, precisando lesiones en cara laríngea de epiglotis.

- 193 -

HISTORIA N°: 21768

NOMBRE: C.S.S. EDAD: 60 años ESTADO: Casado

PROFESION: Obrero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe de que
Esposa sana. Hijos seis sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hipoacusia derecha desde la guerra de
1936.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres meses comienza con sequedad de garganta
y ligera disfonía que es progresiva. No disfagia. No disnea.

Fumador de 35 a 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrante de banda izquierda, aritenoides y seno
piriforme izquierdo. Paralizada hemilaringe izquierda. Ganglios
palpables lado izquierdo móviles.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecian lesiones.

- 194 -



- 195 -

TOMOGRAFIA.-

Tumoración de la hemilaringe izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia una menor distensión del seno piriforme izquierdo por estar ocupado, así como la banda izquierda está afectada.



- 197 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Epitelioma espinocelular

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de banda izquierda, ambos aritenoides y seno piriforme izquierdo.

OPERACION:

Laringuectomía total con vaciamiento ganglionar bilateral.

CLASIFICACION:

T₃ N₁

Tomográficamente se evidencia lesión de la hemilaringe izquierda, y por medio de la laringografía se aprecia ocupación del seno piriforme izquierdo.

HISTORIA N^o 21648

NOMBRE: M.C.Q. EDAD: 61 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido no sabe de que.
Madre fallecida de asma. Un hermano fallecido de asma. Un hermano fallecido de hemorragia cerebral. Esposa sana cuatro hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de apendicectomia hace cuatro años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos seis años proceso disfonico que ha venido a más progresivamente. Sensación de cuerpo extraño en la garganta. Disfagia a los sólidos y líquidos. Otagia refleja izquierda. No disnea. No sabe si ha perdido peso.

Fumador de 20 a 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-vegetante de toda la hemilaringe izquierda. Paralizada hemilaringe izquierda. Ganglios palpables móviles la izquierda.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecian anormalidades.

- 199 -



- 200 -

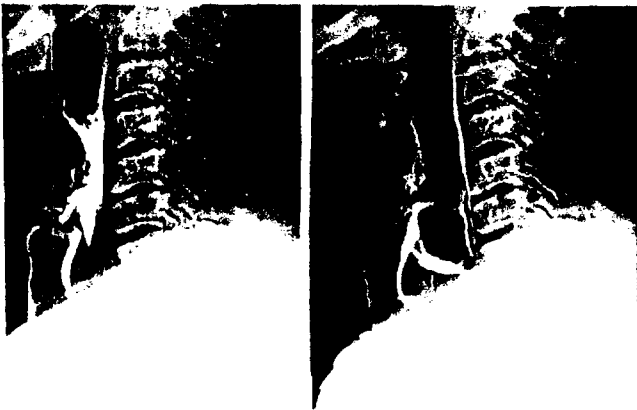
TOMOGRAFIA.-

Tumoración de hemilaringe izquierda y seno piriforme izquierdo.



LARINGOGRAFIA.-

Proceso infiltrante de seno piriforme izquierdo replie-
gue arie-epiglótico, banda, ventrículo y cuerda izquierda.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía reconstructiva con vaciamiento ganglionar izquierdo, se dejó el aritenoides derecho.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis, abomba en seno piriforme izquierdo, banda y cuerda.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

En este enfermo el estudio tomográfico y laringográfico nos determinan las mismas lesiones, y por éello no se puede hablar de ventaja de un método sobre otro.

- 203 -

HISTORIA Nº: 21819

NOMBRE: A.G.G. EDAD: 55 años ESTADO: Casado

PROFESION: Jornalero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Hace un año le aparece una tumefacción indolora en región subangulomandibular izquierda que le ha aumentado de tamaño - progresivamente, se lo tratan con medicamentos mejorando bastante pero sin desaparecer del todo. A los cuatro meses aparece disfonía progresiva. Desde hace dos meses disnea de esfuerzo. No otalgias. No disfagia. Ha perdido unos cuatro kilos de peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrado-vegetante-ulcerado que invade cara laríngea de epiglotis y se extiende a la hemilaringe izquierda. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Proceso de cara laríngea de epiglotis.

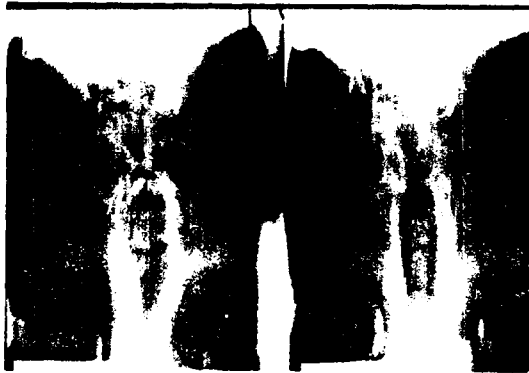
- 204 -



- 205 -

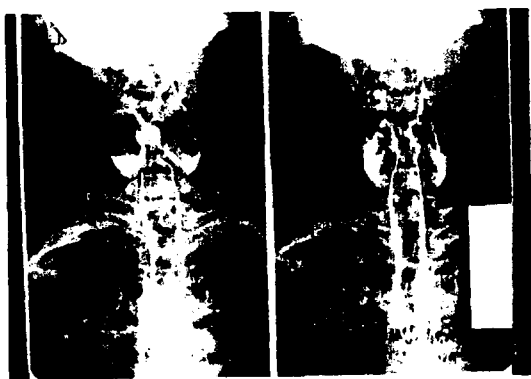
TOMOGRAFIA.-

Neoplasia de hemilaringe izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

Proceso que invade cara laringea de epiglótis e infiltra el espacio tirohioepiglótico izquierdo y seno piriforme izquierdo.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomia total con hioides y vaciamiento de cadena ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:.

Proceso infiltrante de cara laríngea de epiglotis, espacio tirohioepiglótico y seno piriforme izquierdo.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

Mientras que la tomografía nos detecta lesión en la hemi_laringe izquierda, y espacio tirohioepiglótico izquierdo, la laringografía nos señala además que el seno piriforme izquierdo está afectado por el proceso.

- 208 -

HISTORIA Nº: 21930

NOMBRE: E.V.V. EDAD: 52 años ESTADO: Casado

PROFESION: Marinero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe de que
Esposa sana. Cuatro hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres años proceso disfónico progresivo, que ultimamente le impide casi hablar. Otalgia refleja izquierda. No disfagia. Ligera disnea. Ha perdido unos cuatro kilos de peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-vegetante que invade banda y cuerda izquierda así como la derecha. Paralizada la hemilaringe izquierda. Ganglios palpables lado izquierdo movibles.

Radiografía lateral de laringe.

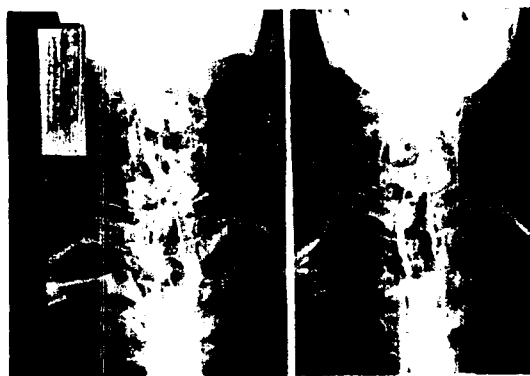
Proceso que invade comisura anterior.

- 209 -



LARINGOGRAFIA.-

Proceso que ocupa seno piriforme izquierdo, banda, ventrículo y cuerda izquierda.



- 212 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomia reconstructiva "Serafini" con vaciamientos cervicales bilaterales.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de hemilaringe izquierda, seno piriforme izquierdo.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

Tomográficamente da la impresión de que la lesión ocupa toda la laringe, mientras que el estudio laringográfico muestra que es una lesión predominantemente izquierda.

- 213 -

HISTORIA NQ: 21932

NOMBRE: J.P.P. EDAD: 64 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe de que
Esposa sana. Cuatro hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hace dos años hemiplejía derecha.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos tres meses proceso disfonico progresivo.
No disfagia. No otalgias. Ha perdido unos tres kilos de peso.

Fumador de 10 cigarrillos diarios de tabaco negro. Bebedor de dos litros de vino al día.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Invasión infiltrante de cara laringea de epiglotis y hemilaringe derecha. Paralizada hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales movibles.

Radiografía lateral de laringe.

Tumefacción de cara laringea de epiglotis.

- 214 -



- 215 -

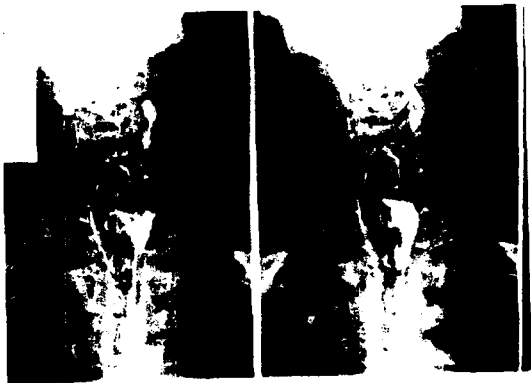
TOMOGRAFIA.-

Masa que invade hemilaringe derecha, región subglótica y seno piriforme derecho.



LARINGOGRAFIA.-

Tumoración de hemilaringe derecha con probable afectación del seno piriforme derecho y repliegue arlepioglótico de este lado.



- 217 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía reconstructiva "Labayle" con vaciamiento ganglionar bilateral, dejando el aritenoides izquierdo.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de petiolo epiglótico, repliegue ariepiglótico, banda, ventrículo y cuerda derecha, así como seno piriforme derecho.

CLASIFICACION:

T₄ N₂

Dadas las lesiones tan extensas de este proceso, tanto la laringografía como la tomografía nos señalan las mismas lesiones.

- 218 -

HISTORIA Nº: 21934

NOMBRE: D.R.G. EDAD: 68 años ESTADO: Casado

PROFESION: Conductor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido, padecía de reuma.
Madre fallecida coma diabético. Un her
mano fallecido de asma. Tres hermanos
sanos. Esposa sana.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de hernias inguinales bilateraa
les en 1965.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace un año y medio empieza a notar de modo lento pero progresivo un dolorimiento en región hioidea izquierda, con disfagia para los líquidos, odonifagia y otalgia refleja izquierda.

Fumador de 10 a 20 cigarrillos diarios.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-vegetante de cuerda izquierda. Paralizada hemilaringe izquierda. Ganglios palpables izquierdos móviles.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecia lesión alguna.

- 219 -



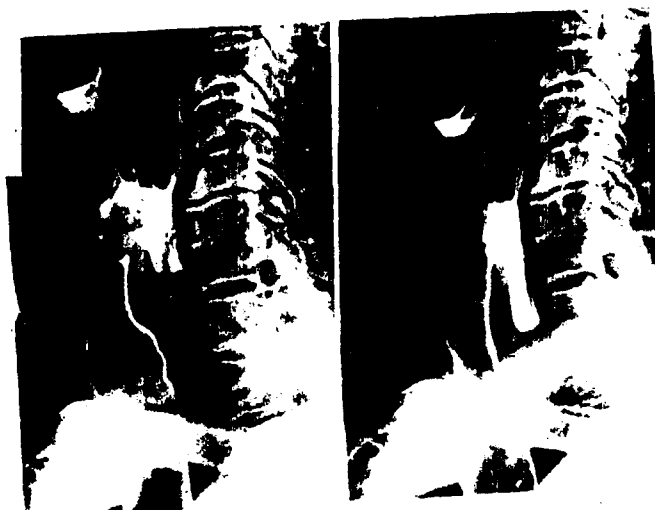
TOMOGRAFIA.-

Llama la atención la existencia de una gran tumoración que ocupa practicamente toda la hemilaringe izquierda aunque respeta el seno piriforme. El espacio subglotico está afectado.



LARINGOGRAFIA.-

El vestíbulo laríngeo es normal. El espacio subglótico no presenta signos de infiltración. Se aprecia la existencia de un tumor de la cuerda izquierda con rechazamiento hacia arriba del contraste alojado en el seno de Morgagni izquierdo y presión sobre el espacio subglótico del mismo lado.



BIOPSIA DE LARINGE:

Epitelioma espinocelular

OPERACION:

Hemilaringuectomía izquierda con vaciamiento ganglionar izquierdo.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

PIEZA OPERATORIA:

Proceso vegetante de cuerda, banda y ventrículo izquierdo, y se inicia la lesión en seno piriforme izquierdo.

En la tomografía y en la laringografía se nos describen aproximadamente las mismas lesiones, si bien por la laringografía se aprecia que el ventrículo de Morgagni izquierdo está en parte libre.

- 223 -

HISTORIA Nº: 22174

NOMBRE: M.C.R. EDAD: 47 años ESTADO: Casado

PROFESION: Albañil

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres viven sanos.
Esposa Sana. Tres hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés. No refiere ninguna enfer-
medad.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos seis meses proceso disfónico que es pro-
gresivo. Otaglia refleja derecha. No disfagia. No disnea. Ha
perdido unos cuatro kilos de peso en este tiempo.

Fumador de 30 cigarrillos diarios de tabaco negro.

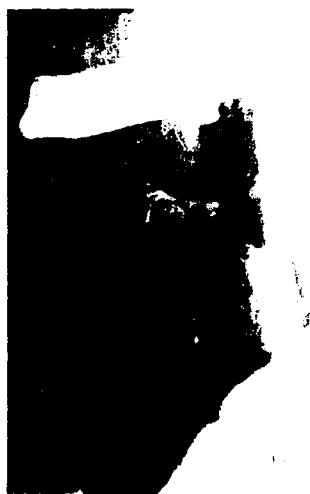
Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrante de cara laringea de epiglotis y va-
llecúlas linguales. Paralizada hemilaringe derecha. Ganglios
palpables bilaterales movibles.

Radiografía lateral de laringe.

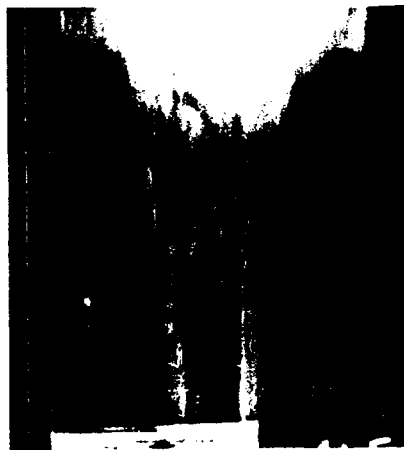
Proceso tumoral que invade cara laringea de epiglotis
y valléculas.

- 224 -



TOMOGRAFIA.-

Gran masa que ocupa la hemilaringe derecha e invade el
vestíbulo y parece afectar algo al espacio subglótico. Los -
senos piriformes se ven con dificultad tanto el derecho como
el izquierdo.



LARINGOGRAFIA.-

Proceso tumoral que invade toda la hemilaringe derecha, rechaza al repliegue aritenopiglótico derecho y afecta a la comisura anterior.



- 227 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Neoplasia ulceroinfiltrante que ocupa cara laríngea de epiglotis y se extiende a toda la hemilaringe derecha, invadiendo el espacio tirohioepiglótico.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La laringografía nos detecta con más precisión la lesión en comisura anterior, y la tomografía señala la posible iniciación del proceso epiglótico en el lado derecho.

- 228 -

HISTORIA N°: 22191

NOMBRE: F.M.V. EDAD: 43 años ESTADO: Casado

PROFESION: Albañil

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido no sabe de que
Madre sana. Esposa sana. Tres hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres meses molestias en la garganta con dolor que se le irradia al oído derecho. Proceso disfónico progresivo que se acentua con el paso del día. Disfagia a los sólidos y líquidos. Disnea de esfuerzo. Ha perdido unos tres kilos de peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrado-vegetante de seno piriforme derecho, epiglotis, repliegue aritenoides-epiglotico y banda derecha, estado la laringe desplazada a la izquierda. Paralizada la hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Proceso tumoral de cara laringea de epiglotis e invasión del espacio tirohioepiglótico.

- 229 -



TOMOGRAFIA.-

Proceso tumoral de la porción supraglótica derecha. Los senos piriformes parecen estar ocupados. La epiglotis está afectada.



LARINGOGRAFIA.-

Proceso tumoral que invade todo el vestíbulo laríngeo, se extiende a cuerda derecha, seno piriforme derecho y espacio tiroepiglotico.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Neoplasia ulcero-vegetante que ocupa todo el vestíbulo laríngeo llega a comisura e invade la cuerda y ventrículo de recho, así como el espacio tirohioepiglótico.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La tomografía describe un proceso tumoral que afecta al vestíbulo laríngeo derecho y al seno piriforme, mientras que la laringografía además de describir la lesión de vestíbulo laríngeo, detecta lesiones en cuerda derecha y espacio tirohioepiglótico.

- 233 -

HISTORIA Nº: 22438

NOMBRE: A.Z.A. EDAD: 49 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés

ANTECEDENTES PERSONALES:

Poliomielitis pierna izquierda a los
14 meses. Bronconeumonía a los 20 años
Úlcera de estómago hace 2 años. Colecistitis crónica

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace dos años disfonía progresiva. Otalgia refleja bilateral. Disfagia a los sólidos. Disnea de esfuerzo. Ha perdido unos diez kilos de peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrativo-vegetante de cara laríngea de epiglotis, valéculas y banda izquierda. Paralizada hemilaringe izquierda. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Tumefacción de cara laríngea de epiglotis e infiltración de valéculas.

- 234 -



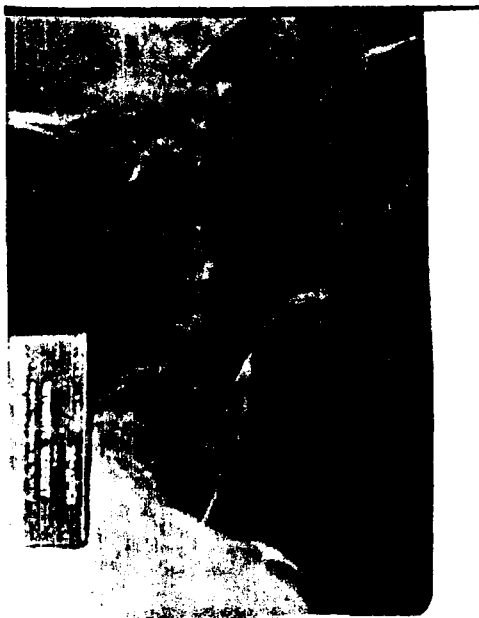
TOMOGRAFIA.-

Lesión epiglotica y de hemilaringe izquierda, parece como si el seno piriforme izquierdo este ocupado.



LARINGOGRAFIA.-

Extensa tumoración que va desde la glotis lado izquier
do y que asciende por el muro faringolaringeo.



- 237 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Garcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía reconstructiva con vaciamiento ganglionar bilateral, dejando el aritenoides izquierdo.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis, banda ventrículo y cuerda izquierda, abombando todo éllo en el seno piriforme izquierdo.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

Tanto la tomografía como la laringografía nos presentan las mismas lesiones, si bien por la laringografía se aprecia mejor la lesión del muro faringolaríngeo izquierdo.

HISTORIA N°: 23330

NOMBRE: A.R.M. EDAD: 57 años ESTADO: Casado

PROFESION: Empleado en la Empresa Nacional Calvo Sotelo

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de neo de higado.
Madre vive sana. Esposa sana. Dos hijos
sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Bronquítico crónico

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace dos meses proceso disfónico progresivo. Disfagia a los sólidos y líquidos. Otagia refleja derecha. No sabe si ha perdido peso.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Lesión infiltrado-ulcerada de toda la hemilaringe derecha, aritenoides y cara laríngea de epiglotis lado derecho. Paralizada la movilidad cordal derecha. Ganglios palpables derechos móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Proceso que afecta cara laríngea epiglotis.

- 239 -



TOMOGRAFIA.-

La laringe izquierda parece estar bien conservada. La hemilaringe derecha presenta una gran masa vegetante que hace protrusión sobre el espacio subglótico pero que podría es tar también infiltrado.



LARINGOGRAFIAS.-

Se aprecia la existencia de una masa vegetante que invade cuerda falsa, repliegue ariepiglótico, aritenoides derecho, seno piriforme derecho y pared lateral de la hipofaringe. El espacio subglótico está libre.



BIOPSIA DE LÁRINGE:

Carcinoma epidermoide livianamente diferenciado.

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar derecho.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de petiolo epiglótico, banda ventrículo y cuerda derecha, y abomba en seno piriforme derecho, - así como infiltra el espacio tirohioepiglótico.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La tomografía nos describe una lesión de la hemilaringe derecha con posible infiltración subglótica. La laringografía señala lesión de esta hemilaringe derecha con afectación del aritenoides derecho, seno piriforme derecho y nos pone de relieve que el espacio glótico está libre.

- 243 -

HISTORIA N°: 23458

NOMBRE: J.M.I.

EDAD: 73 años

ESTADO: Casado

PROFESION: Industrial (Jubilado)

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe causa.

Dos hermanos fallecidos no sabe causa

No hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Neumonía hace 29 años. Operado de amputación de mano izquierda. Operado de hernia inguinal. Operado de apéndice.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos cinco meses dolor en región lateral del cuello. No disfonía. Algo de disfagia. El dolor le ha venido progresando y ultimamente se le irradia a ambos oídos. Le han puesto radioterapia en su provincia. Ultimamente disfonía.

Fumador de 10 cigarrillos diarios.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrado-ulcerado de epiglotis, seno piriforme derecho y hemilaringe derecha. Paralizada hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales adheridos y no móviles lado derecho.

Radiografía lateral de laringe.

Se aprecia la existencia de una destrucción de la epiglotis.

- 244 -



TOMOGRAFIA.-

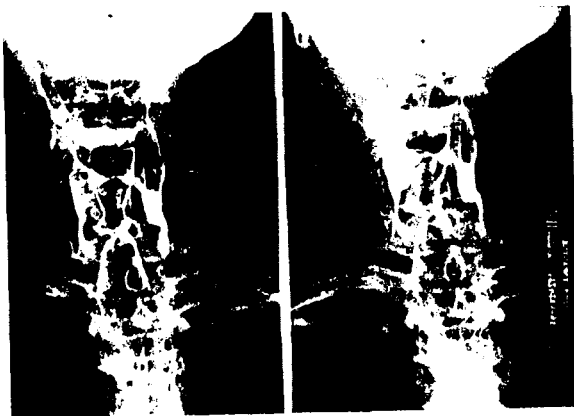
Se observa una gran masa en la hemilaringe derecha que afecta cuerda vocal verdadera, ventrículo, cuerda falsa y el receso aritenopiglotico. La cuerda derecha está casi desaparecida dentro de la masa.



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecian alteraciones a nivel de la cara libre de la epiglotis presentando un contorno bastante cuadrangular, en la parte inferior y en la cara posterior y medial de la hemilaringe derecha, existe una tumoración que desplaza e invade el pliegue ariepiglótico derecho.

Parece ser que desplaza lateralmente el seno piriforme que esta infiltrado.



- 247 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral, siendo monoblock el derecho.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de valléculas linguales, banda derecha y seno piriforme derecho

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La tomografía nos indica un proceso de toda la hemilaringe derecha con afectación de cuerda, mientras que la laringografía nos indica lesiones en cara laríngea de epiglotis, banda derecha y seno piriforme derecho.

- 248 -

HISTORIA Nº: 23847

NOMBRE: S.A.B. EDAD: 52 años ESTADO: Casado

PROFESION: Mozo de almacén

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Fiebre reumática hace 30 años. Operado de amígdalas hace 17 años. Operado de poliposis nasal y de sptum hace 30 años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace dos meses proceso disfónico progresivo. No disfagia. No disnea. No pérdida de peso. Ligera otalgia derecha.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Lesión infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis que se extiende a banda derecha y ocupa el espacio tirohioepiglótico derecho. Paralizada la hemilaringe derecha. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Se visualiza la lesión a nivel anterior y afectando a cara laríngea de epiglotis y espacio tirohioepiglótico.

- 249 -



- 250 -

TOMOGRAFIA.-

Lesión que afecta a banda y cuerda derecha es posible que el seno piriforme derecho esté afectado.



LARINGOGRAFIA.-

Gran tumoración que invade cara laringea de epiglotis y afecta marcadamente al vestibulo laringeo así como a la - cuerda falsa y cuerda verdadera derecha. El repliegue aritenopiglotico derecho y seno piriforme derecho están afectados. El espacio tirohiepiglotico también.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide, con muy escasa diferenciación queratoblástica.

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante que ocupa valléculas linguales el espacio tiro-hio-epiglótico, petiolo epiglótico, banda, ventrículo y cuerda derecha, así como está infiltrado el seno piriforme derecho.

CLASIFICACION:

T₄ N₂

La tomografía señala lesiones de banda y cuerda derecha, mientras que la laringografía nos indica afectación de la cara laríngea de epiglotis, espacio tiro-hio-epiglótico, seno piriforme derecho y banda, ventrículo y cuerda derecha.

- 253 -

HISTORIA Nº: 23860

NOMBRE: U.V.C. EDAD: 52 años ESTADO: Casado

PROFESION: Empleado de la telefónica

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de broncopatía.
Madre fallecida de arterioesclerosis.
Esposa sana. No hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Dilatación aortica.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace seis meses molestias faringéas, con carraspeo y discreta disfagia a los sólidos. No ha perdido peso. Desde hace dos meses le aparecen dos bultos en regiones submaxilares que han aumentado de tamaño. Disfonia desde un principio progresiva.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta

Lesión terebrante que infiltra valéculas, cara lingual y laringea de epiglotis e impide ver cuerdas. Movilidad cordal conservada. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Lesión de valéculas y destrucción de epiglotis.

- 254 -



- 255 -

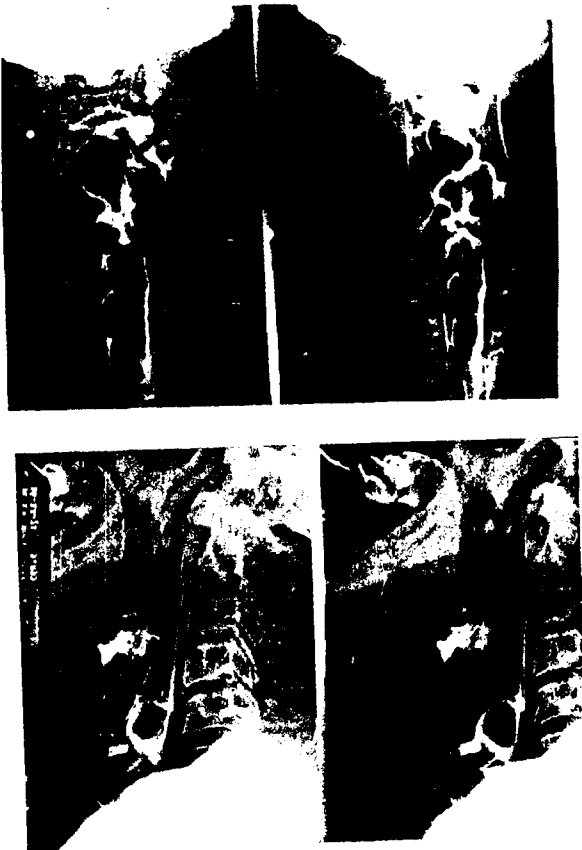
TOMOGRAFIA.-

Tumoración que invade seno piriforme izquierdo, valé-
cula izquierda.



LARINGOGRAFIA.-

Tumoración situada a nivel del muro laringeo izquierdo de situación supraglótica que invade el seno piriforme izquierdo y rechaza el repliegue aritenopiglótico izquierdo hacia la línea media disminuyendo el vestíbulo laringeo, la valécula izquierda está invadida.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide queratoblástico.

OPERACION:

Glosolaringuectomía total, con vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso ulcero-vegetante, de vallécula lingual izquierda, que destruye repliegue glosopiglótico medio e invade cara laríngea de epiglótis, espacio tiro-hio-epiglótico, repliegue faringoepiglótico derecho y lengua en profundidad.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

La tomografía indica lesiones del seno piriforme izquierdo y vallécula izquierda, mientras que la laringografía señala con más precisión la existencia de un proceso que afecta al seno piriforme izquierdo, vallécula izquierda y muro faringolaríngeo izquierdo.

- 258 -

HISTORIA Nº: 24003

NOMBRE: P.P.R. EDAD: 64 años ESTADO: Casado

PROFESION: Agricultor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace un año proceso disfónico progresivo. Disfagia para los alimentos sólidos y líquidos. Otagia refleja derecha. A veces presenta tos con expectoración hemoptoica. Ha perdido peso unos cinco kilos . Ultimamente presenta bultoma en región cervical derecha.

Fumador de unos 30 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltro-vegetante de todo el vestíbulo laríngeo que impide ver cuerdas, infiltra epiglotis y se desparrama hacia el seno piriforme derecho. Traqueotomía de urgencia. Paralizada totalmente la laringe. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Proceso que invade epiglotis y espacio tirohioepiglótico.

- 259 -



- 260 -

TOMOGRFIA -

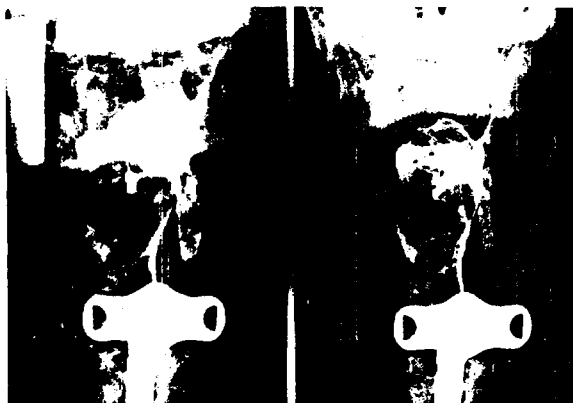
Proceso que ocupa vestibulo laríngeo de predominio derecho
e invade seno piriforme derecho



PS 4/2/71

LARINGOGRAFIA.-

Gran tumoración de borde de epiglotis, cara laringea de epiglotis, todo el vestíbulo laringeo derecho desplazado a la izquierda, seno piriforme derecho ocupado. Invasión del espacio subglótico.



- 262 -

HISTORIA Nº: 24053

NOMBRE: A.G.A. EDAD: 53 años ESTADO: Casado

PROFESION: Mecánico y pintor

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sarampión y varicela en la infancia.
Neumonía hace 25 años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace seis meses proceso disfonico que ha venido a más progresivamente. No disfagia. No otalgias reflejas. No ha perdido peso.

Fumador de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrante de banda y cuerda izquierda. Paralizada la hemilaringe izquierda. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

No se ven alteraciones.

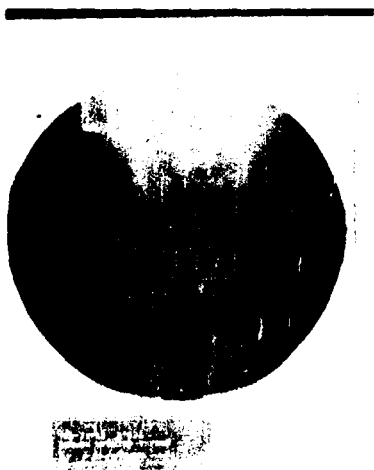
- 263 -



- 264 -

TOMOGRAFIA.-

Tumoración que afecta a la cuerda izquierda y a la banda



LARINGOGRAFIA.-

Se aprecia que la hemilaringe izquierda no se mueve permaneciendo en inspiración más central que la hemilaringe derecha. En fonación invertida hay una aproximación de la hemilaringe derecha hacia la izquierda. Proceso de toda la hemilaringe - izquierda.



BIOPSIA DE LARINGE:

Epitelioma espinocelular

OPERACIÓN:

Laringuectomía reconstructiva con vaciamiento ganglionar bilateral dejando aritenoides derecho.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltrante de aritenoides, cuerda y banda de la do izquierdo.

CLASIFICACION:

T₂ N₂

En este caso la tomografía orienta hacia un proceso de banda y cuerda izquierda, que en la laringografía se afirma al señalar por una parte la invasión de cuerda, banda y aritenoi-
de de dicho lado.

- 267 -

HISTORIA Nº: 24463

NOMBRE: T.R.F. EDAD: 56 años ESTADO: Casado

PROFESION: Ferroviario

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fallecidos no sabe la causa
Esposa sana. No hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de estómago y apendice. Diabético desde hace dos años.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace tres meses proceso disfonico progresivo. Otalgia refleja derecha. Disnea de esfuerzo. Disfagia a los sólidos. Astenia. Ha perdido unos seis kilos de peso.

Fumador de 30 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta

Proceso infiltrado-vegetante de hemilaringe izquierda, que está inmóvil rebasandola hacia seno piriforme y repliegue faringopiglotico. Paralizada la hemilaringe izquierda. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

No se aprecian lesiones.

- 268 -



TOMOGRAFIA.-

Masa que afecta a la hemilaringe izquierda y que asciende hasta vestíbulo epiglótico infiltrando el pliegue ariepiglótico



LARINGOGRAFIA.-

Tumoración de hemilaringe izquierda que afecta y despla
za al pliegue ariepiglótico izquierdo e invade cuerda falsa,
ventrículo y cuerda verdadera del lado izquierdo.



- 271 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-vegetante de cara laríngea de epiglotis, repliegue ariepiglótico izquierdo, seno piriforme, banda, ventrículo y cuerda izquierda, alcanzando comisura anterior.

CLASIFICACION:

T₄ N₂

En este caso la laringografía nos muestra una localización de la lesión en banda, ventrículo y cuerda de lado izquierdo, mientras que la tomografía nos indica sin precisar lesión en hemilaringe izquierda.

- 272 -

HISTORIA Nº 24767

NOMBRE: F.M.C. EDAD: 41 años ESTADO: Casado

PROFESION: Marinero

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre vive sano. Madre fallecida ignora causa. Esposa sana. No hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hepatitis hace dos años. Hace seis años le extirparon un pólipo laríngeo.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace un mes proceso disfónico, con discreta disfagia a los sólidos y líquidos. Otagia refleja derecha. No disnea. No sabe si ha perdido peso.

Fumador de 15 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Infiltración ulcerada de petiolo epiglótico, banda derecha y aritenoides izquierdo. Paralizada la movilidad laríngea. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

Se aprecia que la cara laríngea de la epiglotis está infiltrada.

- 273 -



- 274 -

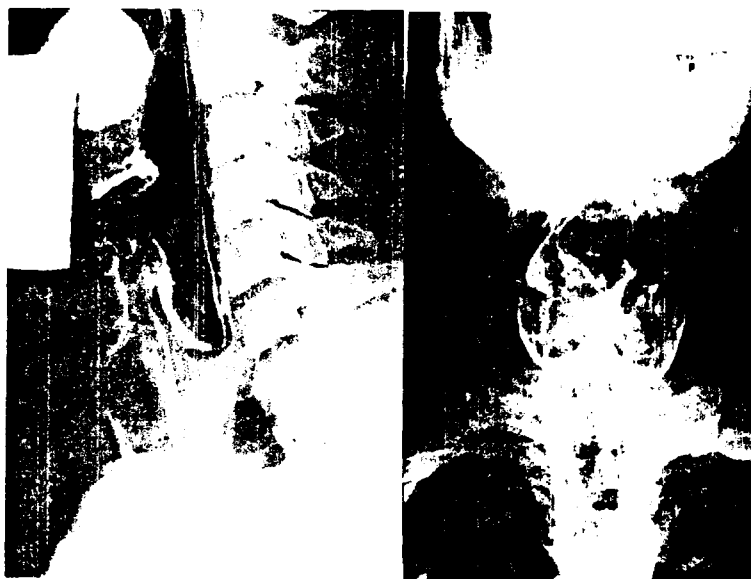
TOMOGRAFIA.-

Proceso tumoral de banda derecha y espacio glótico.



LARINGOGRAFIA.-

Proceso que invade valléculas izquierda, repliegue eriepiglotico izquierdo, banda y ventrículo izquierdo, así como invade cuerda y ventrículo derechos.



- 276 -

BIOPSIA DE LARINGE:

Epitelioma espinocelular.

OPERACION:

Laringuectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltro-ulcerado de toda la hemilaringe izquierda, cuerda y ventrículo derecho, y espacio tiro-hio-epiglótico.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La laringografía nos presenta lesiones en valléculas, repliegue ariepiglótico, banda y ventrículo izquierdos, así como lesiones de cuerda y ventrículo derechos, mientras que la tomografía nos muestra lesiones difusas de la hemilaringe derecha.

HISTORIA N° : 28114

NOMBRE: A.A.G. EDAD: 61 años ESTADO: Casado

PROFESION: Jubilado

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de trombosis cerebral
Madre fallecida de neo pancreas.
Esposa reumática. Tres hijos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Operado de estómago en 1952. Operado de
varices pierna izquierda de 1955.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace unos seis meses proceso disfónico progresivo.
Otalgia refleja derecha y algo izquierda. Disfagia a los alimentos sólidos y líquidos desde hace dos meses. Ha perdido peso unos diez kilos.

Fumador de 40 cigarrillos diarios de tabaco negro.

Características de la lesión por laringoscopia indirecta.

Proceso infiltrante de seno piriforme derecho, repliegue ariepiglótico, aritenoides y hemilaringe derecha. Paralizada la movilidad laríngea. Ganglios palpables bilaterales móviles.

Radiografía lateral de laringe.

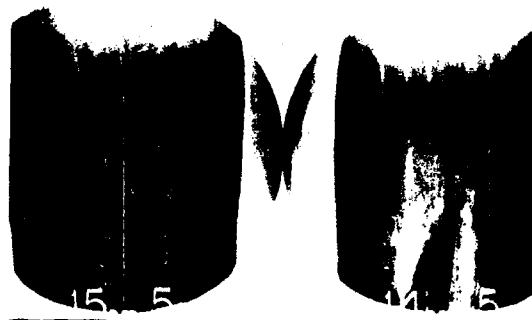
No se aprecian alteraciones claras.

- 278 -



TOMOGRAFIA.-

Tumoración que afecta a toda la hemilaringe derecha y seno piriforme derecho.



LARINGOGRAFIA.-

Tumoración laringea que afecta al pliegue ariepiglótico derecho, cuerda falsa ventrículo y cuerda verdadera derechas, la porción posterior se extiende al muro faringolaringeo y - afecta al seno piriforme derecho. Da la impresión de extender se algo a la porción subglótica.



BIOPSIA DE LARINGE:

Carcinoma epidermoide de laringe

OPERACION:

Laringectomía total con hioides y vaciamiento ganglionar bilateral.

PIEZA OPERATORIA:

Proceso infiltravegetante de petiolo epiglótico, banda, ventrículo y cuerda derecha, que infiltra la cuerda izquierda. Abomba e infiltra el seno piriforme derecho, al igual que el espacio tiro-hio-epiglótico.

CLASIFICACION:

T₃ N₂

La tomografía señala una tumoración laríngea derecha, mientras que la laringografía muestra la afectación desde el pliegue ariepiglótico derecho hasta la porción subglótica, pasando por banda, ventrículo y cuerda, e incluso invadiendo el seno piriforme derecho.

- 282 -

R E S U L T A D O S

R E S U L T A D O S

Para el estudio de los resultados obtenidos, veremos con una visión global los estudios laringeos practicados antes y después de la operación.

Se ha practicado el estudio en 50 enfermos afectos de procesos laringeos y que corresponden a las siguientes localizaciones:

- 2.- Tumores Hipofaríngeos.
- 2.- Tumores Orofaríngeos.
- 17.- Tumores supraglóticos.
- 7.- Tumores glóticos o cordales.
- 3.- Tumores subglóticos.
- 19.- Tumores faríngeo-laringeos.

En todos ellos se puede comprobar la gran utilidad de la LARINGOGRAFIA, al comparar la pieza operatoria con el estudio laringografico previo a la intervención, ya que el contraste es perfectamente tolerado por el paciente y los resultados obtenidos son de una gran precisión, ya que al tapizar la superficie de las mucosas que es lisa, nos delimita los tumores faríngeo-laringeos, que pueden ser, exofíticos, infiltrantes y ulcerados, llegando a la fijación de la laringe, y así se pueden detectar:

- a) Las más pequeñas formaciones vegetantes, aparecen netamente.
- b) Las ulceraciones terebrantes o superficiales son tapizadas por el contraste y puestas en evidencia.
- c) Los procesos infiltrantes son así mismo apreciados por la fijación de las estructuras normales que son móviles.

De los 50 enfermos estudiados tenemos 10 casos benignos y

40 casos malignos.

Los 10 casos benignos tienen la siguiente localización:

- 2 procesos hipofaríngeos: 1 Laringoceles.
1 Laringopiocele.
- 2 procesos supraglóticos: 1 Laringitis tuberculosa.
1 Laringitis crónica-edematosa.
- 6 procesos glóticos : 4 polipos laríngeos.
1 edema de Reinke.
1 paquidermia laríngea.

La LARINGOGRAFIA se ha mostrado muy útil en todos estos procesos benignos, en los que la tomografía y la radiografía prácticamente no detectaban lesión alguna, poniéndonos de relieve la extensión de la mayoría de las lesiones.

Los restantes 40 casos han sido tumores malignos, cuya clasificación topográfica y anatomopatológica es la siguiente:

- 2 Tumores Orofaríngeos : 1 Carcinoma epidermoide.
1 Carcinoma epidermoide queratoblastico.
- 15 Tumores Supraglóticos: 10 Carcinomas epidermoides
3 Carcinomas epidermoides queratoblasticos.
1 Carcinoma anaplasico.
1 Epitelioma espinocelular.
- 1 Tumor Glótico : 1 Carcinoma epidermoide queratoblastico.
- 3 Tumores Subglóticos : 3 Carcinomas epidermoides.
- 19 Tumores Faringolaríngeos: 13 Carcinomas epidermoides.
2 Carcinomas epidermoides queratoblasticos
4 Epiteliomas espinocelulares.

- 285 -

En cuanto a la clasificación TNM de estos tumores malignos, a su extensión de las lesiones y afectación de la movilidad laríngea, es la siguiente:

T₁ - 10

T₂ - 14

T₃ - 12

T₄ - 4

- 286 -

D I S C U S S I O N

D I S C U S I O N

Para la exploración de la hipofaringe y la laringe tenemos dos procedimientos, que son:

Técnicas Radiológicas.

Laringoscopia directa e indirecta.

Las laringoscopias no permiten poder estudiar con detalle todas las estructuras de dichas regiones, pues así los ventrículos laringeos y la región subglótica no son muy visibles.

Hay ocasiones en que la laringoscopia no se puede realizar como en el caso de que exista trismo o exista una fijación de la base de la lengua.

Los métodos radiológicos de rutina tienen también sus limitaciones, porque una zona puesta en evidencia precisa una diferencia radiológica entre ella y las estructuras vecinas.

Es por ello que se hace difícil poder diferenciar lo que es un edema de lo que es tumoral y por consiguiente el calibrar la extensión de la lesión en su superficie.

La LARINGOGRAFIA nos permite un estudio más preciso de las lesiones. Si verificamos un análisis retrospectivo y repasamos los documentos radiológicos, veremos que nos aportan lo siguiente:

Localización del tumor primitivo.

El tamaño del tumor.

La delimitación del tumor.

La invasión de las estructuras vecinas.

Poder observar la movilidad de la laringe.

Como se encuentran la comisura anterior, los ventriculos de Morgagni, las cuerdas vocales, cartilagos tiroides, cartilago cricoides y epiglotis.

Hemos de mencionar el problema de las parálisis de las cuerdas vocales, aunque superficialmente y cuyos valores radiologicos son:

En la hemilaringe paralizada tenemos:

- a) Inmovilidad de la cuerda en posición cadaverica inmovil.
- b) Dilatación del ventriculo de Morgagni.
- c) El ángulo subglótico pasa de 90º a ser más obtuso.
- d) El aritenoides se inclina anteriormente.

Por todo, lo expuesto la LARINGOGRAFIA tiene sus indicaciones en:

A. Antes del tratamiento:

Pues debido a su gran precisión en la localización y extensión de los tumores es de una extremada eficacia.

En efecto esta base nos puede condicionar la elección del tratamiento a aplicar:

- 1.- Radioterapia.
- 2.- Cirugia.
- 3.- Asociación radio-cirugia.

Para la Fisioterapia nos podrá definir los campos de irra

diación.

En la cirugía podrá preveer el tipo de intervención a practicar:

Parcial.

Total.

La LARINGOGRAFIA constituye un aporte considerable para la discusión del tratamiento a elegir.

B. Después del tratamiento:

Nos puede ser útil para:

1.- Después de la cirugía conservadora.

En estos casos se producen modificaciones en la anatomía faringo-laríngea, siendo su interpretación radiográfica de perfil de cuello y de la tomografía de muy difícil interpretación.

La LARINGOGRAFIA al tapizar las mucosas y estructuras que se han respetado en la intervención, nos puede permitir realizar el estudio de la región.

2.- Después de la radioterapia:

Podremos observar la respuesta del proceso a la terapéutica. Al final del tratamiento una LARINGOGRAFIA es muy útil para compararla con la hecha antes del tratamiento y poder apreciar así los resultados obtenidos y, además siempre podremos valernos de ella para comparaciones sucesivas.

Por todo lo expuesto la LARINGOGRAFIA nos sirve para descubrir recidivas, cuando se sospechan por las alteraciones del estado general del enfermo o por la aparición de signos funcionales, ello es difícil de ponerlo de manifiesto por los métodos habituales, ya que las radiografías no nos diferencian cla

ramente el edema del tumor. Tampoco la laringoscopia nos permite ver toda la región faringo-laríngea.

La LARINGOGRAFIA tiene sus contraindicaciones, aunque es tas son mínimas, hay que citar las siguientes:

- 1.- Si existe una historia de alergia medicamentosa al yodo.
- 2.- Si existe alergia a la anestesia tóptica.
- 3.- En el asma (por el uso de la atropina).
- 4.- En el glaucoma (por el uso de la atropina).
- 5.- Si hay insuficiencia respiratoria, tuberculosis pulmonar o hemoptisis reciente, no se debe practicar.
- 6.- Si hay una disnea laríngea intensa, el contraste puede provocar un aumento del edema y con ello tener que realizar con la mayor urgencia posible una traqueotomía, por lo que es conve- niente el dar al paciente durante unos días una medicación antiinflamatoria y antibiótica, e iremos explorando por laringoscopia indirecta la evolución del proceso, explorando con meticulosidad la luz laríngea.
- 7.- Si al enfermo se le ha practicado una biopsia o una laringoscopia directa previa, se deberá dejar pasar unos días para que el edema que se halla producido pueda desaparecer. Si se hace la Laringografía podemos diferenciar lo que es ede- ma de lo que es tumoral siguiendo los signos ra- diológicos descritos por Fletcher y Jing, que son:
 - a) En el tumor y en el edema hay engrosamiento de las cuerdas.
 - b) Distensión de los ventrículos, que se da en el edema y en tumor.

- c) La mucosa es regular en el edema e irregular en el tumor.
- d) Hay movilidad cordal en el edema e inmovilidad en el tumor.

La LARINGOGRAFIA consiste en practicar una opacificación de las superficies de las mucosas, lo que es de gran utilidad e interes, en cancerologia para poder determinar con mayor precisión la extensión de una neoplasia, y tiene por principales objetivos:

Visualizar las estructuras faringeas y laringeas.

Estudiar la función de estas regiones.

Casi siempre es realizable.

Es un gran complemento de los estudios radiologicos normales de esta región.

Se ponen de manifiesto las lesiones pequeñas.

Se delimitan los tumores en ex^tensión, con el finde indicarnos el tratamiento a seguir.

Se puede controlar la evolución de las neoplasias.

Nos señala las recidivas.

- 292 -

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

- 1º Se practica una opacificación de las superficies de las mucosas, lo que es de gran utilidad e interés, para poder determinar con mayor precisión la extensión de una neoplasia.
- 2º Está especialmente indicada en aquellos tumores cuya expansión extralaringea, es practicamente imposible precisar con otras metódicas.
- 3º Esto es más concreto en las expansiones a la región valle-
cular, bien visible en la Laringografia frontal.
- 4º En las ocupaciones del seno piriforme, cuya pared interna
forma cuerpo con la externa de la laringe.
- 5º En los tumores vestibulares permite como ninguna otra metó
dica la buena visibilidad cordal.
- 6º La ocupación ventricular se pone muy bien de manifiesto
con la Laringografia.
- 7º La extensión subglotica enmarcando la deformidad de la mis
ma, es otra de sus indicaciones.
- 8º En los pacientes con diagnóstico difícil, el contraste per
mite diferenciar mejor lo que es un edema de una infiltra-
ción neoplasica.
- 9º En los pacientes intervenidos y con posibles recidivas, se
nos ha mostrado con gran relieve.
- 10º Tiene sus restricciones en pacientes con mal estado respi-
ratorio.

- 112 Es así mismo recomendable, estudiar la tolerancia reactiva del producto.
- 122 La biopsia debe ser previa a la laringografía, pues el contraste queda adherido unos días.
- 132 La intervención se ha realizado siempre ocho o diez días después de la Laringografía.
- 142 No se han presentado problemas de infecciones en el lecho operatorio, en los pacientes que se realizó una Laringo - grafía.
- 152 Nos ha permitido hacer las indicaciones quirúrgicas, así como limitar la resección y decidir la intervención a realizar.

- 295 -

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alonso, J.M. : Introduction et clasification. Fortschr. Hals-Nasohrenhenheilk. 9. 1-43 (1961).
- 2.- Akerlund, A., y Welin, S.: Röntgen Dignosis of Malignant Tumors Within the Boundary Region betwe
en the Pharynx and Esofagus. Acta ra -
diol. 25. 883. (1944).
- 3.- Antognini, G., Cochini F. et al.: Laringografie opacae
spot film nelle stenosis cicatriziale
laringotracheali. Boll-mal-orach. 87.
nº 5. 424-442. (1969).
- 4.- Arendt, J. y Wolf, A.: The vallecular sign. Its dignosis
nad clinical significance. Amer. J. Ro-
ent. 57.435-444. (1947).
- 5.- Ardran, G.M. y Kemp, F.H., y Manen, L.: Closure of the
larynx. Brit. J. Radiol. 26. 497-509.
(1953).
- 6.- Andran, G.M. : Tomographie du larynx. Clin. Radiol. 16.
369-376. (1965).
- 7.- Bachman, A.L. : Methodology in the radiographie examina
tion of the larinx and hypopharinx. New
York. J. Med. 63. 1155-1163. (1963).
- 8.- Baclesse, F. y Lreoux-Robert, J.: Role de l'examen radio
graphique dans le diagnostic des can -
cers sous glottiques. J. Radiol.Electrol.

427-435 et 645-656. (1936).

- 9.- Baclesse, F. : Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharyng et du Larynx. Paris (1938).
- 10.- Baclesse, F. : Radiographic diagnosis of tumours of the Pharynx and Larynx. Modern Trends in Diagnostic Radiology. Londres. (1948).
- 11.- Baclesse, F. : Tumeurs malignes du Pharynx et du Larynx. Paris. (1960).
- 12.- Baldenweck, L. y Gaillard, R.: Recherches sur la radiographie normale et pathologique du Larynx. J. E. R. 17. 353-362. (1933).
- 13.- Barbaccia, F. y Tosi, C.: La laringografia como medio de contraste. Ann. Laring. 55. 377. (1956)
- 14.- Barke, R. : Roentgendiagnosis of the Larynx. Radiol Diag. Berlin. 6. 119-134. (1965).
- 15.- Baudey-Pasquier, J. y Fischgold, H.: Radiographie du Larynx de face. Utilite et possibilites de la soustraction. Presse Med. 71.544-547 (1963).
- 16.- Belforte, G. y Cirillo, R.: L'immagine laringografica con contrasto opaco nella diagnosi delle lesioni laringee. G. Accad. Med. Torino 126. 99-122 (1963).
- 17.- Berendes, J. Link, R. y Zöllner, F.: Tratado de O.R.L. Volumen segundo. Parte segunda (1970).
- 18.- Beretia, L. y Di Guglielmo, L.: Il quadro laringografico della paralisi ricorrentiale monolaterale.

rare. O.R.L. Ital. 31.196. (1962).

- 19.- Bettenhausèr, K.: Probleme der funktionellen Larynx tomographie. Radiol. Diag. Berlin. 3. 339-345. (1942).
- 20.- Biedermann, F. y Schneeweiss, H.: Roentgendiagnostik des larynxtumoren. Radiol. Diag. Berlin. 6 631-644. (1965).
- 21.- Biedermann, F. y Romaniuk, E. y Leyda, H.: Die klinische bedeutung der tomographie bei epipharynx tumoren. Radiol. Diag. Berlin. 9. 85-100. (1968).
- 22.- Blaug, S.M. y Fischer, H. y Miller, P.: Aerosol bronchography and laryngography. Amer. J.Hosp. Pharm. 25. 280-289. (1968).
- 23.- Bocca, E. y Viviani, G.: Impiego di un nuovo mezzo di contrasto per l'esame radiografico de la laringe y de la hipofaringe. Arch. Ital. Otol. 70. 118-123. (1959).
- 24.- Bohme, G. : Die stimmipenlähmugen im röntgenbild. H.N.O. Berlin. 12. 295. (1964).
- 25.- Borden, A.G.B. y Berger, S.M.: Laringografia. J. Albert-Einstein Med. 7. 118-119. (1959).
- 26.- Bourdon, R. : Pharyngographie sous pression. Ann. Oto lar. Paris. 81. 55-58. (1964).
- 27.- Bourdon, R. y Bard, M. y Desprez-Curely, J.P. y Fleury, P.: la pharyngographie sous pression. Gaz. Med. France. 21. 3231-3242. (1964).

- 28.- Bourdon, R. y Bard, M. y Desprez-Curel, J.P. y Bismuth, V. : Pharyngographie sous pression exploration radiocinematographie de l'hypopharynx en hyperpression. J. Radio. Elct. 45. 405-406 (1964).
- 29.- Brauer, W. : Die methodik fer larynx-konstrast-schicht-unter suchung. Fortschr. Roentgens. 82. 521-525. (1955).
- 30.- Brauer, W. : Laryngeal tomography with the use of contrast media. Z. Laryngol. Rhinol. Otol. 44. 30-42. (1965).
- 31.- Brindle, M.J. y Stell, P.M.: Positive contrast laryngography. J. Laryngol. Otol. 80. 939-950. (1966).
- 32.- Brindle, M.J. y Stell, P.M.: Radiological assesment of laryngeal carcinoma. Clin. Radiol. 19. 257-268. (1968).
- 33.- Brit, B. y Gay, A.: Roentgenologic method for evaluation of the larynx and pharynx. Am. J. of. Roentgen. 79. n2 2.301-305. (1958).
- 34.- Brombart, M. y Schuermans, J.: Nuevos productos de contraste para el diagnostico radiologico en O.R.D. J. Radiol. Belgica. 37. 481-489. (1954).
- 35.- Buraczewski, J. y Coll.: Interpretation and clinical value of the radiological picture of malignant changes below the level of the glottis within the tissues of the neck. Pol. Med. J. 6. 1231-1238. (1967).

- 36.- Buraczewski, J. y Dziukowa, J. y Kolodziejska, D.: Interpretation and clinical value of the radiological examination of neoplastic changes of the neck below the level of the glottis. Nowo. Twory. 17. 27-34. (1967).
- 37.- Calderon, R. y Ceballos, J. y Mac Graw, J.P.: Aspectos tomograficos de la parálisis de las cuerdas vocales. Radiology. 63. 407-410 (1954)
- 38.- Calvet, J. y Julian, A.: Difficulté d'interprétation de certaines radiographies du pharynx simulant des formations tumorales. Ann. Otolaryn. Paris. 84. 221-223. (1967).
- 39.- Capelli, L. y Galli, G.: Utilità della stratigrafia in manovra di Jhonsson nella diagnosi delle neoplasie ipofaringolarinee. Ann. Radiol. Diag. Bologna. 35. 56-69. (1962).
- 40.- Carbajal, P. y Medina, J. y Seaman, W. y Baxer, D.: Contraste laringografico. Arch. Otolaryngol. Chicago. 74. 537-548. (1961).
- 41.- Catalano, G.B. : Radiographic study of the pharyngo-laryngeal region according to the subtraction technic. Clin. Otolaryng. Italy. 15. 197-218. (1963).
- 42.- Cattaneo, L. y Di Guglielmo, L.: La laringografia nello studio delle stenosi cicatriziali della laringe. Arch. Otolaryng. Ital. 75. 10-22. (1964).
- 43.- Cavina, P. y Pratest, A. y Bandirali, C.R. y Boriani, A.: Considerations sur les possibilités de diagnostic différentiel de l'examen ra-

diologique dans la pathologie tumorale de l'appareil larynge. Radiol. Med. 8. 609-639. (1963).

- 44.- Cervellera, C. : Deglutition in patients undergoing partial laryngectomy. Radiographic aspects Clinic. O.R.L. 17. 584-596. (1965).
- 45.- Chies, A. y Caresano, A.: La sottrazione d'immagini nello studio della laringe con radiazioni filtrate. Quad. Radiol. 32. 273-280 (1967)
- 46.- Collard, M. : Un método simple, de laringografia. J. Belge Radiol. 47 n° 1. 31-34. (1964).
- 47.- Collard, M. : Laringografia. Encycl. Med. Chir. Radiol III. Fasciculo 32617 F 10. (1965).
- 48.- Collard, M. : Les possibilites et les limites du format 70 mm en radiodiagnostic. Etude expérimentale et clinique. J. Belge Radiol. 52. 63-93. (1969).
- 49.- Colls, M. y Ried, E.: Examen radiologico de la laringe. Acta O.R.L. Española. Año XXII. Sept.-Oct. Vol. V. (1971).
- 50.- Coutard, H. : Note preliminaire sur la radiographie du larynx normal et du larynx cancéreux J. Belge Radiol. 13. 287. (1922).
- 51.- Coutard, H. y Baclesse, F.: Roentgen diagnosis during course of roentgentherapy of epitheliomas of larynx and hypopharynx. Amer. J. Roentg. 28. 293-312. (1932).
- 52.- Dana, M. y Bourdeau, J.: Laryngographi dans les tumeurs du larynx. J. Radiol. Electrol. 51. n° 11. 663-670. (1970).

- 53.- Daito, T. y Nonaka, Y. y Ogawa, E.: Laryngography Otolaryngology. Tokio. 35. 99-106. (1963).
- 54.- Delaneu, G. : Interet de la laryngographie et l'hy -
trast en O.R.L. Paris. Copedith. s.d.
(these. Med. Paris. Lariboisiere). nº5
(1970).
- 55.- De Mattos, B.P. : Klassifikation der geschwülste des la-
rynx und hypopharynx. VIII. Internat.
Kongress der Hals-Nasen-Ohreheilkunde.
Paris. Excerpta Medica Foundation. 33-34
(1961).
- 56.- Di Gugliemo, L. y Cattaneo, L.: Semeiotica radiologica
della laringe. Trattato italiano di Me
dicina Interna. V. 294. Abruzini Roma
(1962).
- 57.- Di Gugliemo, L. y Berretta, L. y Gattaneo, L.: Laringo -
grafia con mezzo di contrasto. Principi
general, tecnica e indicazioni. Ra
diol. Med. Torino. 49. I. 33-48 (1963)
- 58.- Di Gugliemo, L. y Berretta, L.: La laringografia con pro
ducto de contraste. Radiographica. Han
bourg. 5. 107-114. (1963).
- 59.- Di Gugliemo, L. : La importancia de la laringografia co
mo medio de contraste en el estudio de
los procesos inflamatorios cronicos de
la laringe. Radiol. Med. Torino. 50.
945-959. (1964).
- 60.- Domanski, K. : Laryngography as and aid in establis -
hing indications for the treatment of
the cancer of the larynx. Otolaring.
Pol. 20. 129-130. (1966).

- 61.- Domansky, K. y Faumann, W.: Importance of laryngography in examination of vocal fold paralysis. Otolaring. Pol. 2. 1-22 (1968).
- 62.- Donner, M.W. : The evaluation of pharyngeal neuromuscular disorders by cinefluorography. Amer. J. Roentgen. 94. 299-307. (1965).
- 63.- Dufour, A. y Felleto, V.: Studio laringografico del paziente sottoposto and intervento di laringectomia orizzontale sopraglottica. Arch. Ital. Otol. 75. 567-604. (1964).
- 64.- Dulac, G.L. : Exploración radiológica de la laringe. Encycl. Med. Chir. Radio. III fasc. 32.605A10-32.605A20. (1969).
- 65.- Dumoulin, H. y Fontayne, A. y Sizaire, J.: L'hypopharynx normal en radiocinema. J. Radiol. Electrol. 44. 655-658. (1963).
- 66.- Fabrikant, J.I. y Jacob, I. y Richards, G.J. Jr. y Tucker, G.F.Jr. y Dickson, R.J.: Contrast laryngography in the evaluation of the laryngeal neoplasma. Amer. J. Roentg. 87. 822-835. (1962).
- 67.- Fabrikant, J.I.: The use of cinefluorography for the radiological examination of the larynx and hypopharynx in cases of suspect carcinoma. Brit. J. Radiol. 38. 28-38. (1965).
- 68.- Fabrikant, J.I. y Koburg, E.: Roentgenkontrastuntersuchungen von larynx und hypopharynx in Verbindung mit bildverstärkung. H.N.O. Berlin. 13. 16-19. (1965).

- 69.- Farinas, P.L. : Mucosography of the respiratory tract. Radiolog. 39. 84-87. (1942).
- 70.- Farr, J.H. y Silveira, R.A.: Contraste radiográfico de la laringe. Trans. Pacif. Coast Oto Ophtal. Soc. 42. 309-315. (1961).
- 71.- Farr, J.H. y Silveira, R.A.: Contraste radiografico de la laringe. Clinical implications. Eye. Ear. Nose. Thr. Monthly. 42. 63-66. (1963).
- 72.- Faulhaber, J. y Vallancieu, B.: Nouvelles perspectives en glottographie le laryngographie. J. Franc. Otorhino-Laryng. 19. 569-572. (1970).
- 73.- Fletcher, G.H. y Matzinger, K.E.: Value of soft tissue technic in the diagnosis and treatment of head and neck tumors. Radiology. 57 305-329. (1951).
- 74.- Fletcher, G.H. y Old, J.W. y Laquwam, G.S.: A topographic approach to the roentgenologic and pathologic examination of the laryngopharyngeal tumors. Radiology. 63. 361-380. (1954).
- 75.- Fletcher, G.H. y Jing, B.S.: An atlas of tumor radiology. The head and neck. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago. (1968).
- 76.- Fouudzaka, B.J.: Contraste radiografico del cancer de la laringe. Otolaryng. Pol. 20. 126-128. (1966).
- 77.- Gaillard, J. : Detection clinique du cancer pharyngolarynge. J. Med. Lyon. 49. 1735-1748. (1968).

- 78.- Gámez, A.I. : Laringografia. Progresos en O.R.L. del Prof. Poch-Viñals. Año 1974.
- 79.- Galioto, G.B. y Ruju, P.: Método de visualizzazione radiografica dei ventricolo laringei con mezzo di contrasto. Boll. Mal. Oecchio. 75. nº 5. 675-676. (1957).
- 80.- Gross, A. : The effectiveness and limitations of tomography in the demonstration of laryngeal diseases, especially of laryngeal carcinoma. H.N.O. Berlin. 8. 257-265. (1960).
- 81.- Gunnel, F. y Flach, M.: Zum wert der laryngographie als zusätzlicher untersuchungs methode bei kenlkopferkrankungen. Z. Laryng. Rhinol. 43. 65-82. (1964).
- 82.- Gunnel, F. : Value of laryngography in establishing indications for partial resection of the larynx. Otolaring. Pol. 20.123-126 (1966).
- 83.- Hartung, A. y Grossman, J.W.: Examination of the larynx and adjacent with intrapharyngeal film. Am. J. Roentgenol. 42. 481-489. (1939).
- 84.- Harrington, J. y Christoforidis, A.: Radiological examination of the larynx. Laryngoscope. St. Louis. 80 nº 12. 1773-1796. (1970).
- 85.- Hicquet y Scherer: L'exploration radiologique du larynx au moyen de substances opaques (laringografia). Broncoscopia. Esofagoscopia. Gastroscopia. 321. (1937).
- 86.- Hicquet. : La radiographie du larynx et de l'hypo

pharynx au moyen des substances opaques
Presse Med. 45. 1678. (1937).

- 87.- Hicquet. : Sur la laryngographie. Ann. Oto. Laryngol. 11-12. 877-883. (1939).
- 88.- Hölmgren, B. : Dideropenic dysphagia or cancer of the hypopharynx. Acta. Radiol. 24. 455. (1943).
- 89.- Holtz Summer, M.D. y Powers, W.E. y Mac Gavran, M.D. y Ogura, J. : Contrast examination of the larynx and pharynx. Glottic, infraglottics and transglottic tumors. Am. J. Roentgenol. 89. 10-28. (1963).
- 90.- Howel, Tr. y Gilder Sleeve, G.A. y King, G.R.: The role of toentgonographic studies in the evaluation and staging of malignancies of the larynx and pharynx. Am. J. Roentgen 102. 138-144. (1968).
- 91.- Huet, P. y Peri, M.: L'exploration radiologique des tumeurs de l'hypopharynx et du larynx. Soc Franc. O.R.L. 52. sup. 12. (1938).
- 92.- Iglauer, S. : Use of injected iodized oil in roentgen ray diagnosis of laryngeal, tracheal and bronchopulmonary condition. J.A.M.A. 86. 1879. (1926).
- 93.- Jackson, C. : The bronchial tree. Its study by the in suflation of opaque substance in the li ving. Am. J. Roentg. 5. 454. (1918)
- 94.- Jackson, C. : Value of roentgenography of the neck. TR Am. Laryng. 58. 112-131. (1936).

- 95.- Jimenez, J.R. y Soto Pardo, J.M. y Marijuán, C.: Laringografía: Técnica y interpretación, Radiología. Boletín Sociedad Española de Radiología y Electrología Médicas y de Medicina nuclear. Vol. nº 5. Mayo-Junio. 175-186. (1973).
- 96.- Jing, B.S. : Roentgen examination of the larynx and pharynx. The Radiol. Clin. of North-Am. W.B. Saunders Co. Vol. VIII, nº 3. 361-385. Diciembre (1970).
- 97.- Jing, B.S. y Fletcher G.H. y Dana, M.: La laringografía con opacificación. Examen indispensable para la exploración de los límites de los cánceres de las cuerdas vocales. J. Radiol. Electr. 51. 471-478. (1970).
- 98.- Jonsson, C. : A method for roentgen examination of the hypopharynx and upper air passages. Acta Radiol. 15. 125-128. (1934).
- 99.- Johnson, Th. : Spray aerosol laryngography. Arch. Otolaryng. 92. 511-513. (1970).
- 100.- Juliani, G. y Tettoni, E.: Sulla laringografía con mezzo di contrasto opaco. Minerva Fisioter. 4. 195. (1959).
- 101.- Justo, M. Alonso.: Tratado de O.R.L. y Broncoesofagología. (1961).
- 102.- Kaczurba, A. y Czarnecki, H.: Radiological examination of the larynx with an opaque medium. Pol Przegl. Radiol. 26. 303-310. (1962).
- 103.- Kanemitsu, M. : A study on laryngography as a diagnostic method for hypopharyngeal cancer

and laryngeal cancer. Nippon Acta Ra -
diol. 28. 511-535. (1968).

- 104.- Kelly, H. D. : The diagnostic of laryngeal neoplasma.
J. Laryng. 81. 375-384. (1967).
- 105.- Kevesh, L.E. : Cineroentgenographic examination of the
laryngo pharyns and the cervical por -
tion of the oesophagus. Vstn. Rentgen
Radiol. 39. 6-11. (1964).
- 106.- Kieffer. : Pharyngo laryngographie a l'hytrast me-
moir por le D.E.S.E.R. Strasburgo(1967)
- 107.- Kitamura, T. : Kara shashin ni horn koto snikkan no
rinsho. Tokyo. Bunkodo. (1968).
- 108.- Kjellberg, S.R.: The rontgen examination of the larynx
of children suffering from false croup.
Acta Radiol. 31. 127. (1949).
- 109.- Kovacs, A. : Asymetric roentgenography of the vocal
cords. Acta Radiol. 53. 426-432.(1960).
- 110.- Kovacs, A. : Roentgenphysiology of the larynx. Acta
Radiol. 56. 433-438. Stockholm. (1961).
- 111.- Kovacs, A. : Asymetrische rontgenserienaufnahmen mit
larynx distinktor in der kehlkopf diag-
nostik. Z. Laryng. Rhinol. 41. 187-193.
(1962).
- 112.- Kovacs, A. : Roentgenologic examination of the aryte
noid cartilages and ventricle of Morgag
ni in the functioning larynx. Acta Ra -
diol. 2. 378-384. Stockholm. (1964).
- 113.- Kruszewski, S. : Roentgenkinematography of the larynx.

Pol. Przeg. Radiol. 26. 23-35. (1961).

114.- Labayle, J. y Davaine.: Una nueva técnica radiológica para el estudio de los tumores de la laringe. Presse. Med. 70. 292. (1962).

115.- Lacroix, L. y Germena, C.: Visualización de la laringe y de la traquea en condiciones normales y patológicas. Minerva Otolaring. 7. 234-238. Torino. (1957).

116.- Lallemaud, D. y Perreault, G. y Sauvegrain, J.: Examen radiologique du larynx et de la trachie du nourrisson en agrandissement. J. Radiol Elect. 51. 710-713. (1970).

117.- Landman, G.H.M.: Laringografía y cinelaringografía. H.N. O. 15. 236-239. Berlin. (1967).

118.- Landman, G.H.M.: La radiocine laringographie dans l'etude des paralysies des cordes vocales. Rev. Med. Int. Photo. Cinema. Television 4. 72-76. (1965).

119.- Landman, G.H.M.: Laryngography and cinelaryngography. Excepta Medica. Amsterdam. (1970).

119.- Lauh, H.H. : Zur roentgenologischen darstellung der scheleimnaute der obereh luftwege unter anwendung eines kontrastmittelsprays. Z. Laryng. Rhinol. 41. 788-791. (1962).

120.- Leborgne, F.E. : Nueva técnica radiológica por cortes o secciones. Ann. del Ateneo de Clinica Quirurgica. 13-15. Montevideo. (1936).

121.- Leborgne, F.E. : Estudio tomografico del cancer laríngeo Am. J. Roentg. 43. 493-499. (1940).

- 122.- Leborgne, F.E. : Cancer laríngeo. Buenos Aires. (1943).
- 123.- Leborgne, F.E. : Clasificación del cancer de la laringe
Laryngoscope. 63. 1089-1095. (1953).
- 124.- Lecco, V. y Brunelli, B. y Basani, G.: La laringografía
como medio de contraste opaco. Radiol.
Med. 45. 944. (1959).
- 125.- Le Gall, R. : La faringo-laringografía en carcinología.
Bordeaux Dimatop Copy-Service.s.d
nº 206. (1969).
- 126.- Le treut, A. y Lagarde, C. y Renaud-Salis, J.L.: La faringolaringografía. Rev. Laryn. Bor -
deaux. nº 1-2. (1969).
- 127.- Le treut, A. y Le Gall, R.: La faringolaringografía en
carcinología. J. Radiol. Elect. 51. 826
(1970).
- 128.- Lehmann, Q.H. y Fletcher, G.H.: Contribution of the laryn
gograma to the management of malignant
laryngeal tumors. Radiol. 83. 486-500.
(1964).
- 129.- Leicher, H. : Indikation und Fünfjahresheilungen bei
radiochirurgischer behandlung des kehl-
kopf-und hypopharynx karzinoms. For -
tschr. Nas. Ohrenheilk. 9. 220-274(1961)
- 130.- Leonard, J. : Aplicación clínica de la técnica larin-
gráfica. Arch. Otolaryng. 90. 216-224.
(1969).
- 131.- Leroux-Robert, J.: A propos de la classification et de
l'etude statistique des cancers du la -
rynx. Ann. Otolaryng. Paris. 74. 359-399
(1957).

- 132.- Lewis, L.J. : Larynx examination by spotfilms. Radiology. 78. 460-470. (1962).
- 133.- Lichtenstein, E.A. y Gorjunova, E.S.: Ray-X synptoms of cancer of the larynx. Vst. Roentg. Radiol. 40. 48-52. Moscu. (1965).
- 134.- Lichtenstein, E.A.: Roentgenologic signs of cancer of the laryngopharynx. Vop. Onkol. 12. 23-29. (1966).
- 135.- Lindgren, E. : Ueber die röntgenuntersuchung der larynx. Forts. a.d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 59 273-285. (1939).
- 136.- Lachinger, R. : Stimmphysiologic und stimmbildung. Springer. Edith. Viena. (1951).
- 137.- Mac Comb, W.S. y Fletcher, G.H.: Cancer of the head and neck. Baltimore. Williams and wilkins Co. 213-292. (1967).
- 138.- Magnol. : The role of radiodiagnosis in the therapy of pharyngo Laryngeal tumors. Arch. Ital. Otol. 77. 475-498. (1966).
- 139.- Maguire, G.H. : The larynx, simplified radiological examination using heavy filtration and high voltage. Radiol. 87. 102-110. (1966).
- 140.- Marcos, J. y Pedrosa, C.S.: La laringografia de contraste positivo. Hospital General de Asturias. Enero-Marzo. 14-20. (1969).
- 141.- Masy, S. y Van de Calseyde, P.: La radiografia de la región faringolarígea. J. Belge Radiol. 26 19-27. (1937).

- 142.- Mathey-Cornat, R.: Contribución al estudio radiodiagnóstico de los tumores malignos de la laringe y de la hipofaringe. Presse Med. 42. 457-460. (1934).
- 143.- Medina, J.I. y Seaman, W.B. y Carbajal, P. y Baker, D.C.: Valor de la laringografía en los tumores de cuerdas vocales. Radiology. 77. 4 531-542. (1961).
- 144.- Mikuriya, S. : The application of laryngography for the therapeutic of malignant laryngeal and lower pharyngeal tumors. Riusho. Hoshu. 10. 249-268. Japan. (1967).
- 145.- Mobius, W. y Flach, M.: Laryngographie bei nicht tumorbedingten larynx und trachealer krankungen. Ein. Kasnistischer Beitrag. H.N.O. 16. 19-23. Berlin. (1968).
- 146.- Nikol, H.J. : The value of radiography of the larynx with additional use of tomography and contrast media. Med. Welt. 46. 2739-2742 (1967).
- 147.- Ogura, J.H. : Supraglottic subtotal laryngectomy and radical neck dissection for carcinoma of epiglottis. Laryngoscope. 68. 983-1003. (1958).
- 148.- Okimura, T. : Rays-X diagnosis of the and neck region. Iryo. 22. 734-739. (1968).
- 149.- Ottoboni, A. y Reggiani, G.: La imagen radiologica de la laringe con medio de contraste, nota preventiva. Minerva. O.R.L. 6. 331-333. (1956). Torino.

- 150.- Pantoja, E. : The laryngeal cartilages. Physiologic nonmineralization masquerading malignant destruction. Arch. O.R.L. 87. 416-421. Chicago. (1968).
- 151.- Pastore, P.N. : The laryngopharyngogram as a diagnostic aid. Trans. Emer. Laryn. Rhin. Otol. Soc. 362-372. (1964).
- 152.- Perez, C.A. y Ogura, J.H. y Holtz, S.: Laryngography in the selection of patients for conservation surgery in cancer of the supraglottic larynx and pharynx. Amer. J. Roentg 103. 746-765 (1968).
- 153.- Pietrantonio, L. y Fior, R.: Clinical and surgical problems of cancer of larynx and hypopharynx. Acta Oto Laryng, 142. (1958).
- 154.- Pietrantonio, L. y Agazzi, C. y Fior, R.: Considerazioni sulla classificazione di tumori della laringe e della ipofaringe. Arch. Ital. Otol. 69. 295-307. (1958).
- 155.- Piquet, J. y Piquet, J.J.: Les variétés anatomocliniques des cancers du larynx et du pharyngolarynx. J. Franc. O.R.L. 9. 689-706. (1960)
- 156.- Poch-Viñals, R.: Consideraciones sobre el cáncer de laringe. Lecciones de la Cátedra. 1959.
- 157.- Poch-Viñals, R.: Indicaciones de la microcirugía en el cáncer de la laringe. Progresos en Otorino-Laringología y Patología Cervicofacial. Vol. IV. 55-61.
- 158.- Poch-Viñals, R.: Cáncer laríngeo. Anales de Medicina de Sevilla. Acta O.R.L. Española. Año XVI.

Vol, 2. Marzo-Abril. 1965.

- 159.- Poch-Viñals, R. : La elección de tratamiento en el can -
cer de laringe. Acta O.R.L. Ibero-Ame-
ricana. Año X. nº 55. 1965.
- 160.- Poch-Viñals, R. : Estado actual del diagnostico y del tra-
tamiento del cancer de laringe (prime-
ra parte). Archivo de la Facultad de
Medicina. Vol. IX. nº 1. 1.966.
- 161.- Poch-Viñals, R. : Estado actual del diagnostico y trata-
miento del cancer de laringe (segunda
parte). Archivo de la Facultad de Medi-
cina. Vol. X. nº 3. Septiembre. 1966.
- 162.- Poch-Viñals, R. : Cancer laríngeo, Métodos, pronósticos
e indicaciones quirúrgicas que se deri-
van. Progreso O.R.L. 1970. Editorial
Oteo.
- 163.- Poch-Viñals, R. : La cirugía parcial en el cancer del se
no piriforme. Y. Guerrier. Ponencia
oficial. Sociedad Francesa de O.R.L.et
Pathologie Cervico-Facial. Editorial
Arnette. 1972.
- 164.- Poch-Viñals, R. : Fibromas y fibrosarcomas de la laringe
Progresos O.R.L. y Patología Cervico-
Facial. Edi. Oteo. 1973.
- 165.- Poch-Viñals, R. : Hemilaringulectomia horizonto-vertical.
Congreso mundial O.R.L. Venecia. Excep-
ta Médica. 1973.
- 166.- Poch-Viñals, R. : Hemilaringulectomia horizonto-vertical
con reconstrucción glótica. Nuestra
técnica operatoria. Libro homenaje al

Prof. Vara. 1975.

- 167.- Porstmann, W. : Zur toxizität moderner röntgenkonstrag
tmittel. Radiol. Dagn. 4.365-407. Ber-
lin. (1963).
- 168.- Porta, C. y Borri, G.: Utilite de la stratigraphie avec
impregnation par substances de contrast
te pour le diagnostic des tumeurs de
l'hypopharynx. Dec. Milan. (1958).
- 169.- Powers, W.E. y Mac Gee, H.H. y Seaman, W.B.: Examen por
contraste de la laringe y de la faring
ge. Radiolg. 68. 169-178. (1957).
- 170.- Powers, W.E. y Holtz, S. y Ogura, J. y Ellis, B.L. y Mac
Gavran, M.H. : Contrast examination of larynx and phar
ynx. Accuracy and value in diagnosis.
Amer. J. Roentg. 86.651-660. (1961).
- 171.- Powers, W.E. y Holtz, S. y Ogura, J.: Constrat examinat-
tion of the larynx and pharynx. Amer.
J. Roentg. 92. 129-142. (1965).
- 172.- Pruzzynska, I. : Contrast medium examination of the lo-
wer pharynx and larynx. Pol. Przeg. Rad
iol. 29. 129-142. (1965).
- 173.- Rethi. : Die röntgen untersuchung as kenlkopfes
un der luftröhre. Dtsch. Med. Wschr.
1912-1937.
- 174.- Ried, E. : Laringografia. Sociedad Española de O.
R.L. Acta 22. 34-47. (1971).
- 175.- Rucco, B. : La laringografia con medio de contrast
te. Arch. Ital. Otol. 78.537-562.(1967)

- 176.- Ryan, J. : Per cricoid laryngography. Aust. Radiol. 11. 234-241. (1967).
- 177.- Saito, H., : Advanced laryngography using X-ray television. En japonais. Pract. Otolg. 60. 115-124. Kyoto. (1967).
- 178.- Sannia, A. : Technical possibilities of uni and pluridirectional stratigraphy in the study of the larynx. O.R.L. Ital. 32. 378-387. (1963).
- 179.- Sajaki, T. : Simplified catheterization under X-ray television fluoroscopy for the laryngogram and the bronchogram. Rinsho Hosha 13. 537-539. (1968).
- 180.- Scatlif, J.H. : Pharyngeal cinefluorography in clinical practice. Amer. J. Roentg. 90. 823-834. (1963).
- 181.- Schatzki, R. : Reliefstudien an der normalen und krankhaft veränderten Speiseröhre. Acta. Radiol. Suplemento 18. (1933).
- 182.- Sceeper, J.H. y Witteven, J.C.: Laryngography using a roentgen contrast medium. Nederl. T. Geneesk. 111. 897-905 (1967).
- 183.- Schereiber, M.H.: Radiologic examination of the larynx. Amer. J. Sci. 248. 601-617. (1964).
- 184.- Shapiro, S.K. : Pitfalls in the X-ray diagnosis of carcinoma of the oesophagus and pharynx. J. Lancet. 84. 224-226. (1964).
- 185.- Sharma, S.R. : Contrast examination of the larynx. Indian. J. Radiol. 19. 126-133. (1965).

- 186.- Simpson, J.F. : Cinephotography of the larynx. Proc. Roy. Soc. Med. 58. 278. Londres. (1965)
- 187.- Skokan, Z.V. : Röntgenkontrastuntersuchungen der kehlkopfeingangsgegend. Radiol. Dag. 4. 51-56. Berlin. (1963).
- 188.- Smercinich, G. : Sagittal aufnahme des kehlkopfes. Röntgenpraxis. 13. 277-280. (1941).
- 189.- Smirnow, N.M. : A device for contrast poentgenography in patients with cancer of the larynx Vestn. Roentg. Radiol. 37. 76-77. Moscu. (1962).
- 190.- Snider, J. : Contrast laryngography in the diagnosis of laryngeal neoplasma. Amer. J. Roentg. 87. 963-965. (1962).
- 191.- Stam, H.C. : Radiological examination of the larynx in case of laryngeal carcinoma and immobility of the vocal cords. Acta Otolaryng. Supp. 183. 135-136. Estocolmo (1963).
- 192.- Suter, K. : Behandlungsergebnisse der malignen Tumoren des Larynx, des Hypopharynx und der Vallecula. Fortschr. Hals-Nasen-Ohrenheilk. 6. 56-125. (1960).
- 193.- Suzuki, Y. : Über die Kontrastlaryngographie. O.R.L. 7. 141-142. Tokio. (1964).
- 194.- Suzuki, Y. y Saito, S. y Hayasaki, H. y Murakami, Y.: Radiographic examination of the larynx J. O.R.L. Soc. Japon. 67. 752-761 (1964)
- 195.- Suzuki, Y. y Saito, S. y Murakami, T.: Contrast laryngo

pharyngography in various diseases.
Rev. Laryng. Rurdeus. 87. 465-478.
(1966).

- 196.- Svoboda, M. : New method of laryngeal tomography.
Cesk. Otolar. 6. 107-109. (1957).
- 197.- Svoboda, M. : To the technic of roentgenological examination of the pharynx. Cesk. Otolaryng. II. 304-307. (1962).
- 198.- Svoboda, M. : A propos of a suitable contrast medium for roentgen examination of the larynx and oesophagus. Cesk. Otolaring. 13. 368-370. (1964).
- 199.- Tassini, G. : Methodi e possibilita della laringografia opaca. Clin. Otorrinolaringologia. 18. 443-450. (1966).
- 200.- Tassini, G. y Pazzaglia, P.G.: La laringografia opaca nello studio delle paralisi laringes. Valsalva. 42. 49-66. (1966).
- 201.- Tassini, G. y Pazzaglia, P.G.: La laringografia opaca nello studio del polipi laringea. Valsalva. 42. 67-77. (1966).
- 202.- Tatsuno, I. y Okimura, T.: Photography of the larynx with use of dionosil oily. Riusho Hosa 7. 783-798. (1962).
- 203.- Thornbury, J.R. y Catourette, H.B.: A comparison study of laryngography techniques, 150 kv. P plain roentgenography V.S. positive contrast roentgenography. Amer. J. Roentg. 99. 555-561. (1967).

- 204.- Uchida, K. : Diagnostic application high voltage.
Radiography for tumors of the head and
neck region. Iryo. 22. 734-739. (1968).
- 205.- Unger, S.M. y Jacobson, G. y Meyer, G.A. y Kolson, H. y
Poppel: Roentgenographic evaluation of the vo-
cal cords. Emer. J. Roentg. 86. 1004.
(1961).
- 206.- Voza, J.V. : Historiografia del examen laringeo. Ac
ta O.R.L. Ibero americana. 13. 77-89.
(1962).
- 207.- Wahl, R. y Kempf, F. y Simler, M.: Etude radiologique et
radiocinematographique d'un neoplasme
larynge pedicule. J. Radiol. Elect. 42
149-150. (1961).
- 208.- Waldapfel, R. : Methodik der röntgenuntersuchung des
kehlkopfes. Leipzig. (1937).
- 209.- Waldenström, J. y Kjellberg, S.R.: The röntgenological
Diagnosis of Sideropenic Dysphagia. Ac
ta Radiol. 20. 618. (1939).
- 210.- Ward, P. y Fredrickson, J.M. y Strandjord, N.M. y Valva-
ssori, G.E. : Laryngeal and pharyngeal pouches. Sur-
gical approach and the use of cineflu-
graphic and other radiologic technique
as diagnostic aids. Laryngoscope. 73.
564-582. (1963).
- 211.- Weill, F. : La zonographie en radiologie laryngee
et tracheo-bronchique. J. Radiol. Elect.
46. 85-86. (1965).
- 212.- Welin, S. : Deglutition anomaly simulating hypophar-
yngeal cancer. Acta Radiol. 20. 452.
(1939).

- 213.- Welin, S. : On a peculiar late reaction in radiologically treated cases of cancer of the hypopharynx. Acta Radiol. 30. 249. (1948).
- 214.- Welin, S. : Exploración radiológica hipofaringe y laringe. "Röntgen Diagnostico. Schinz. Baensch-Friedl-Uchlinger-Tomo IV. Organos Internos. (1956)
- 215.- Woods, R.R. y Chance, O.: Soft tissue radiography in the diagnosis of hypopharyngeal tumors. J. Irish, Med. Ass. 57. 156-158. (1965).
- 216.- Worning, T. : Roentgen examination of laryngeal and hypopharyngeal tumors. Acta Radiol. 15 823. (1934).
- 217.- Zachrisson, C.G.: Beitrag zur Röntgenanatomie des larynx Acta Radiol. 22. 859. (1941).
- 218.- Zakrzewski, A. : Clinical value of tomography in cancer of the larynx. Otolaryng. Pol. 20. 121-123. (1966).
- 219.- Zeidses des Plantes: Subtraktion. G. Thieme ed. (1962).
- 220.- Zemstov, G.M. : Tomography in the diagnosis of disease of the larynx and pharynx. Vstn. O.R. L, Moscu. 25. 5-11. (1963).
- 221.- Zuppinger, A. : Die röntgenuntersuchung bei pharynx tumoren. Forts. d. Röntgenstr. 52. 468 (1935).

